



HAL
open science

Médecine humanitaire et conditions d'engagement des médecins luxembourgeois

Sarah Weber

► **To cite this version:**

Sarah Weber. Médecine humanitaire et conditions d'engagement des médecins luxembourgeois. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932461

HAL Id: hal-01932461

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932461v1>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2017**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

WEBER Sarah

Le 15 mars 2017

**Médecine humanitaire et conditions d'engagement des
médecins luxembourgeois**

Jury :

M. Pierre JOURNEAU	Professeur	Président
M. Jean-Louis LEMELLE	Professeur	Juge
M. Bernard KABUTH	Professeur	Juge
M. Patrick TABOURING	Docteur en Médecine	Juge
Mme Laurence FOND-HARMANT	Docteur en Sociologie	Juge



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

=====
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN
Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU
Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET
Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER – Professeur François KOHLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV– Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Président du jury,

Monsieur le Professeur Pierre JOURNEAU,

Professeur de Chirurgie infantile,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Je vous remercie pour vos enseignements reçus en stage pendant mon externat au sein de votre service.

Veillez recevoir ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A notre Juge,

Monsieur le Professeur Jean-Louis LEMELLE,

Professeur de Chirurgie infantile,

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Merci de l'intérêt que vous portez à ce sujet.

Soyez assuré de tout mon respect et de ma gratitude.

A notre Juge,

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH,

Professeur de Pédopsychiatrie,

Vous me faites l'honneur de compter parmi les juges de ce travail.

Merci de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Soyez assuré de ma vive gratitude et de mon respect.

A notre Juge et directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Patrick TABOURING,

Médecin Généraliste, enseignant associé et maître de stage,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail.

Merci pour tout le temps que vous y avez consacré, pour votre aide et soutien.

Merci pour les six mois de stage dans votre cabinet, pour m'avoir transmis votre savoir et passion pour la médecine générale.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A notre Juge et co-directrice de thèse,
Madame le Docteur Laurence FOND-HARMANT,
Sociologue,

Merci pour ta disponibilité et ton soutien qui ont été précieux. Pour ton intérêt pour ce travail.

Sans ton implication, ce travail n'aurait pu aboutir.

Sois assurée de ma sincère reconnaissance.

A toutes les personnes qui ont participé à ce travail,

A Madame le Docteur Kénora CHAU, pour ton aide pour les statistiques. Sans toi, ce travail n'aurait pu aboutir. Merci pour tout le temps que tu y as consacré.

A tous les médecins ayant participé à l'étude, en particulier ceux que j'ai rencontrés en entretien. Merci pour le temps que vous m'avez offert et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Aux ONG ayant contribué à la recherche des participants, je vous en remercie.

A toutes les personnes rencontrées pendant les études,

A mes maîtres de stage, à l'hôpital et en cabinet libéral, merci de m'avoir appris la médecine. En particulier à Yves et Dominique, de qui j'ai beaucoup appris, merci de m'avoir confié vos patients.

A tous mes co-internes, en particulier ceux de l'internat de Metz (Mariam, Joanna et tous les autres) et ceux du service d'urgences de Nancy. Pour les bons moments passés ensemble.

A toutes les équipes médicales et paramédicales, rencontrées pendant les stages et les remplacements.

A ma famille,

A mes parents, pour m'avoir toujours soutenue. Sans vous, je n'aurais pas pu réaliser tout ce chemin. Merci pour vos encouragements. Merci d'avoir toujours été là pour moi et pour tout ce que vous m'avez transmis.

A ma sœur, Anne-Myriam, pour ton écoute tout au long de ces années et notre complicité. Et à mon beau-frère, Luc, pour ton soutien.

A mon frère, Timothée, pour ton humour, nos discussions et nos fous-rires.

A mes neveux Aaron, Jannek et Gianna, merci pour votre joie de vivre.

A mes grands-parents, partis trop tôt, j'aurais tellement aimé partager ce moment avec vous.

A toute la famille, proche et loin, au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Allemagne, pour votre intérêt pour mes études.

A mes amis,

A mes amis du Luxembourg,

A Patricia et Relinde, pour notre amitié, la musique et tout ce qu'on va encore vivre ensemble.

A Damaris, pour ton soutien sans relâche.

A Sarah N, Somos « Las Sarah's » !

A Johanna, pour notre amitié et les discussions.

A Jacky et Cathy, pour les années d'études passées ensemble.

A Esther, Jana, Carlos, Jérôme, Sabine, John, Isabelle et tous les autres.

A mes amis de Nancy,

A Isabelle, ma coloc préférée, pour tout ce temps, à Metz, Forbach et Nancy. Pour les voyages, les discussions, le vin et la musique.

A Aline, Ania, Guillaume et Arthur. Pour le Pérou, la Bretagne, les soirées.

A Pauline, pour ta bonne humeur, ta spontanéité.

A mes amis Burkinabè,

A Françoise et toute l'équipe, merci pour votre accueil et le temps passé auprès de vous. Vous faites un travail extraordinaire.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	20
INTRODUCTION DU SUJET	21
Naissance du projet	
A. Contexte	
I. Les contours de « L'action / médecine humanitaire »	
II. L'histoire de la médecine humanitaire	
III. Les enjeux de l'action humanitaire	
IV. L'histoire des ONG au Luxembourg	
B. Lecture organisée de la littérature sur les conditions nécessaires pour faire de la médecine humanitaire	
C. Questionnement. Pourquoi enquêter au Luxembourg ? Particularités liées au pays ?	
ARTICLE	43
SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES	69
BIBLIOGRAPHIE	75
ANNEXES	81

ABRÉVIATIONS

CARE : Cooperative for american remittances everywhere
CICR : Comité international de la Croix Rouge
CNER : Comité National d’Ethique de Recherche Luxembourg
CNPD : Commission Nationale pour la Protection des Données
CV : Curriculum vitae
ECHO : European Community Humanitarian Office
MDM : Médecins du Monde
MSF : Médecins sans Frontières
OMS : Organisation mondiale de la Santé
ONG : Organisation non gouvernementale
ONU : Organisation des Nations Unies
OTAN : Organisation du traité de l’Atlantique nord
OXFAM : Oxford committee for famine relief
SUDOC : Système universitaire de Documentation
UE : Union Européenne
UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund
UNO : United Nations Organization
USA : United States of America

INTRODUCTION DU SUJET

Naissance du projet

« Qu'est-ce que la médecine humanitaire ? Celle qui s'adresse à des populations marginalisées, éprouvées par une crise ou privées d'accès aux soins. Celle qui s'exerce pour elle-même, sans autre objectif que de se rendre utile. » (1)

Nombreux sont ceux qui à un moment de leur carrière se posent la question de partir de leur pays d'origine et d'exercer ailleurs, voire s'investir dans la médecine humanitaire. Mais seulement un petit pourcentage de ces personnes se retrouve un jour sur le terrain de la médecine humanitaire, qui est une expérience riche et complexe. Entre urgence et développement, il faut chercher sa place, tout le monde ne s'y entend pas. Le médecin, personnage fortement médiatisé dans le domaine, peut trouver facilement des opportunités de se rendre utile sur le terrain. Cependant tous ceux qui y ont pensé ne vont pas vraiment partir. Certains n'y trouvent pas leur compte et ne souhaitent pas repartir sur le terrain. Pourquoi ? Quel est le profil du médecin humanitaire ?

Depuis le début de mes études, je me suis toujours sentie attirée vers la médecine humanitaire. J'ai pu en faire l'expérience en faisant un stage de 6 semaines dans un dispensaire au Burkina Faso pendant mes études médicales. Une telle expérience ne laisse pas indifférente, elle est enrichissante sur le plan personnel et professionnel. Aussi bien les bons moments que les difficultés rencontrées sur place ont renforcé mon intérêt pour cette médecine, m'ont fait poser plus de questions : Quelle est la faisabilité de telles actions dans un contexte d'exercice médical au Luxembourg ? Est-il possible de combiner le travail local au Luxembourg avec des actions sur le terrain international humanitaire ? Quelles sont les conditions nécessaires pour pouvoir mener de front de telles actions ? Faut-il suivre des formations complémentaires ?

Une étude descriptive traitant le sujet a été réalisée il y a quelques années auprès des médecins généralistes installés en libéral en Meurthe et Moselle (2). Elle me sert de base de réflexion.

A. Contexte

I. Les contours de «L'action / médecine humanitaire »

1. Définitions

Le terme « humanitaire » est défini par le dictionnaire Larousse comme tel : « *qui s'intéresse au bien de l'humanité, qui cherche à améliorer la condition de l'homme* » (3).

Initialement le mot « humanitaire » désigne une disposition d'esprit philanthrope. Suite à la création de la Croix-Rouge et de la convention de Genève, son sens évoque plutôt une forme d'action, un ensemble de normes en accord avec l'esprit de charité.

Le CICR (Comité international de la Croix Rouge) propose la définition suivante : « *L'action humanitaire comprend toute action entreprise en vue d'aider des êtres humains en état de souffrance physique ou morale, en particulier lors de désastres, que ceux-ci soient d'origine humaine, naturelle ou technologique, mais également et surtout en période de conflits quelle qu'en soit la nature* » (4).

Conformément à cette définition du CICR, on a fait le choix d'inclure l'action sociale au Luxembourg dans cette étude, y compris l'aide médicale aux nombreux réfugiés issus des conflits politiques des dernières années.

Pour l'ECHO (European Community Humanitarian Office) l'aide humanitaire est une « *intervention qui permet de faire face aux besoins de base d'une population victime d'une catastrophe naturelle ou causée par l'homme en fournissant, selon les besoins, les soins de santé, l'approvisionnement en eau, la sanitation, la nutrition, l'alimentation, les abris* » (5).

Pour Rony Brauman (ex-président de MSF France) : « *L'action humanitaire est celle qui vise, sans aucune discrimination et avec des moyens pacifiques, à préserver la vie dans le respect de la dignité, à restaurer dans leur capacité de choix des hommes qui en sont privés par les circonstances* » (1). En même temps, il précise qu'il ne faut pas tout y inclure non plus : « *Si tout ce qui est médical est humanitaire, l'humanitaire n'a plus de sens* » (1).

« *L'humanitaire, c'est tout cela. C'est une rencontre, pas simplement médicale, mais une rencontre avec d'autres civilisations, une rencontre intéressée, sans jugement.* » (6)

2. Contexte et contours

a. Les différentes formes d'action

“Généraliste ou spécialiste, le médecin humanitaire a un triple rôle : soigner des populations dans un contexte de crise, mettre en place des programmes de prévention et de développement des soins, former des équipes médicales sur place.”(7)

Les défis en mission peuvent être très variables. Le champ d'action peut être un dispensaire de brousse dans un pays en voie de développement. Le médecin qui y travaille doit avoir des connaissances en médecine tropicale et dans l'organisation de campagnes de vaccination. Il peut avoir un rôle éducatif et intervenir dans les programmes de développement.

Une équipe mobile d'urgence travaille dans un contexte de catastrophe naturelle ou dans un contexte de conflit armé nécessitant plutôt des chirurgiens avec une expérience en médecine de guerre.

Il peut s'agir d'un camp de réfugiés, actuellement devenu une réalité à proximité immédiate.

Toutes ces formes d'action relèvent de la « médecine humanitaire », dès lors qu'elles sont mises en œuvre par des organismes et dans des circonstances qualifiés d' « humanitaires » (1).

Rony Brauman précise dans son livre *La médecine humanitaire (1)* : « La grande variété de techniques et spécialités qui constituent la médecine humanitaire interdit, en tout état de cause, d'en faire une discipline universitaire stricto sensu donnant lieu à un enseignement spécifique à l'instar de la cardiologie ou de l'obstétrique. ».

On différencie 3 modes d'intervention des organismes humanitaires (8), qui pour la plupart se suivent dans la continuité :

- le **secours d'urgence** dont l'objectif est de sauver des vies, soigner pour éviter une dégradation supplémentaire, mettre à l'abri, par le moyen de traiter les symptômes
- la **réhabilitation** ou post-urgence : c'est la préparation au retour à la normale
- le **développement** : son but est d'améliorer les conditions de vie et de santé par rapport à l'état antérieur de la crise

Parmi les crises humanitaires on retrouve les types de catastrophes suivantes (8) :

NATURELLES	TECHNOLOGIQUES	HUMAINES
tsunami	accident chimique	guerre
cyclone	accident nucléaire	état de siège
inondation	fuite de pollution dans le sol	déplacement massif de
tremblement de terre	fuite de pollution dans l'air	population
sécheresse	fuite de pollution dans l'eau	précarité

Toutes ces catastrophes sont fréquemment liées ou se suivent dans le temps. Évoquons par exemple les conflits armés : le plus souvent, il s'agit de conflits internes dans des pays qui sur le plan médico-sanitaire engendrent plusieurs conséquences : importants mouvements de populations, désorganisation des structures de santé existantes, apparition de foyers épidémiques. La plupart des famines sont en rapport avec des conflits armés (1).

Parmi les populations réfugiées en milieu tropical, on rencontre surtout cinq pathologies : rougeole, diarrhées, infections respiratoires aiguës, paludisme et malnutrition. Pour prendre en charge ces pathologies, il faut mettre en place une vaccination de masse, des centres de réhydratation orale et des dispensaires curatifs (1).

Concernant les campagnes de vaccination, avec la mise en place du *Programme élargi de vaccination* par l'OMS et UNICEF dans les pays du tiers monde, on note un taux de vaccination qui est passé de 5-10% dans les années 1970 selon les maladies, à environ 86% (115 millions) des nourrissons dans le monde (en 2014) qui ont eu les trois doses du vaccin DTC (diphtérie-tétanos-coqueluche) (9).

Selon l'OMS: «*La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité.*» (10). Les organisations ont ainsi développé la prise en charge psychologique des souffrances et troubles mentaux consécutifs à des violences, en particulier les viols. Des programmes de santé mentale sont élaborés dans le contexte des violences de masse (11).

b. Les 4 principes des associations humanitaires (12)

Humanité : C'est le principe de « protéger la vie et la santé », de « prévenir et alléger les souffrances des hommes » tout en respectant l'individu.

Impartialité : Pas de distinction entre les personnes ; c'est le principe de ne pas favoriser les victimes selon la race, nation, religion, politique, ou les conditions sociales.

Neutralité : Il s'agit de ne pas prendre parti, ne pas « prendre part aux hostilités » ou aux « controverses d'ordre politique, racial, religieux ou idéologique ».

Indépendance : C'est le principe de garder son autonomie, une liberté d'action vis à vis des « politiques » et des « donateurs ».

La Croix-Rouge y ajoute trois autres principes: volontariat (geste gratuit, pas de rémunération), unité (unique société de la Croix-Rouge par pays, accessible à tous et qui œuvre dans tout le pays) et universalité (mouvement universel, même droits et entraide) (12).

Tous ces points sont notés dans le *Consensus Européen sur l'aide humanitaire* (13).

« *L'action humanitaire ne prétend pas sauver le monde... elle se contente humblement de sauver des vies, une à une, et, bien menée, obtient des résultats rapides et extraordinaires.* » (14)

II. Histoire de la médecine humanitaire

L'aventure humanitaire a commencé bien avant le siècle des Lumières. A l'époque, on parlait beaucoup plus de charité que d'action humanitaire.

Les principaux ancêtres de la médecine humanitaire sont la médecine de guerre et la médecine coloniale, mais aussi l'assistance aux pauvres, longtemps effectuée par l'église, puis aussi par l'état à partir du XVIe siècle (1).

1859 : Henry Dunant (1), un banquier genevois, philanthrope, se retrouve sur un champ de bataille à Solferino. Il est témoin de l'agonie de milliers de blessés laissés à l'abandon. Il prend alors l'initiative de les soigner, sans distinguer entre Français et Autrichiens. Dans son livre *Un souvenir de Solferino* (15), publié en 1862, il décrit son vécu et nous demande « *Pourquoi s'être étendu comme avec complaisance sur des tableaux lamentables, et les avoir retracés d'une manière qui peut paraître minutieuse et désespérante ?* » A cette question, il répond par une autre question : « *N'y aurait-il pas moyen, pendant une époque de paix et de tranquillité, de constituer des sociétés de secours dont le but serait de faire donner des soins aux blessés, en temps de guerre, par des volontaires zélés, dévoués et bien qualifiés pour une pareille œuvre ?* ». C'est le point de départ de la fondation de la Croix-Rouge.

1863 : Fondation de la Croix-Rouge : La création de la Croix-Rouge est considérée être l'acte fondateur de l'humanitaire moderne. Le drapeau de la Croix-Rouge, blanc avec une croix de malte rouge, est devenu un symbole humanitaire (1).

En 1864, le droit international humanitaire est élaboré, pour la protection des blessés de guerre ; ce sera la première convention de Genève (16).

Au moment des guerres mondiales, le CICR perd son monopole humanitaire. Aux USA naissent des associations humanitaires comme Save the Children, International Rescue Committee, Catholic Relief Service, CARE. En Grande Bretagne OXFAM voit le jour (17).

1945 : Suite à la seconde guerre mondiale, l'**ONU** est créée pour maintenir la paix et faire respecter le droit international humanitaire (18).

1967 à 1970 : La guerre du Biafra : c'est la deuxième phase de l'humanitaire moderne, quand des jeunes médecins français partent donner leur aide aux Biafrais, sous le drapeau de la Croix-Rouge. Sur place, ils sont confrontés à une guerre avec toutes ses atrocités. Le désir d'autonomie des Ibos vivant au sud-est du Nigeria conduit à un blocus du Biafra par l'armée nigériane. La

famine s'installe et entraîne des milliers d'enfants dans la dénutrition. Devant cela, ces jeunes médecins décident de rompre avec les principes de neutralité et de silence imposés par la Croix-Rouge en dénonçant un massacre par rapport aux Biafrais. C'est la naissance du principe de « témoignage humanitaire » qui dénonce les crimes en prenant parti pour les victimes. C'est aussi le début du mouvement « sans frontières », la nationalité importe peu. Cette initiative est à l'origine d'une organisation appelée « GIMCU » : Groupe d'intervention médico-chirurgicale d'urgence. Elle devient **en 1971 : MSF, Médecins sans Frontières** (19).

MSF a évolué avec le temps et a modifié sa charte fondatrice. « *MSF tend vers le « d'unantisme » du CICR qui se distancie des intérêts de l'État.* » (20)

Les années 1970 : Ce sont celles du « **sans-frontiérisme** », des « *French doctors* ». Les ONG se développent, plutôt marquées par un esprit volontariste et par une majorité d'acteurs du domaine médical et para-médical parmi les personnels. Elles s'investissent dans les pays où les autres acteurs comme l'ONU ne peuvent pas aller.

En 1979, suite à sa rupture avec MSF, **Bernard Kouchner**, lors de l'opération « Un bateau pour le Vietnam », est à l'origine de **MDM, Médecins du Monde** (21), fondé sur les valeurs de l'urgence, du bénévolat, des droits de l'homme et du témoignage et avec comme vocation : soigner et témoigner.

Les années 1980 : Les ONG sont confrontées à des crises de plus en plus fréquentes et sévères.

L'acquisition progressive d'expérience s'y ajoute et les poussent à la **spécialisation et à une diversification des acteurs de l'humanitaire**. On note une importance croissante des logisticiens, des administratifs, des juristes etc. C'est aussi la décennie d'interventions de plus en plus médiatisées, dont le Cambodge est l'exemple type. Le déplacement d'une population de milliers de Cambodgiens à partir de 1980 entraîne une importante mobilisation humanitaire et une forte médiatisation : un grand nombre de dons et un déploiement de moyens matériels sans précédent s'en suivent. « *Hôpitaux mobiles de campagne, centres de nutrition thérapeutique, systèmes de surveillance des maladies transmissibles, techniques de potabilisation et de contrôle de l'eau, flotte de véhicules, ateliers, moyens de radio-communication devinrent au cours des années 1980 les instruments ordinaires des secours médicaux qui allaient désormais être utilisés en situation de crise majeure.* » (1).

En 1989, le mur de Berlin tombe et la Guerre Froide prend fin.

Les années 1990 : c'est l'**émergence de l'humanitaire d'Etat, et militarisé**. Ces interventions, sur fond de conflits armés ou de troubles internes,

s'inscrivent dans le cadre général des opérations de soutien de la paix. Les ONG élargissent leur champ d'action, par la défense des droits de l'homme et la participation à des actions de maintien de la paix. Ce sont aussi les années où l'humanitaire est remis en cause, à cause du mélange avec des actions militaires et politiques, en attribuant aux interventions militaires une justification humanitaire (22).

En 1991, la Somalie est victime d'une famine dans le contexte de guerres de clans. Depuis 1991, MSF était engagé en Somalie, mais a décidé de quitter en 2013 le pays à cause de graves problèmes de sécurité pour les équipes (23).

En 1992, pendant la guerre de Bosnie, on assiste à l'accentuation des violences face à la population. L'aide humanitaire est fortement médiatisée et les financements sont considérables, mais la population considère que c'est l'absence de décisions politiques de la part de la communauté internationale et l'incapacité à maîtriser le conflit qu'on cherche à masquer. En même temps, la sécurité du personnel humanitaire est remise en question suite à l'assassinat à Sarajevo d'un délégué du CICR. La qualité d'humanitaire ne suffit malheureusement plus à garantir sa propre protection. (24)

En 1992 : La structure européenne **ECHO** (Office humanitaire de la Communauté européenne) est créée pour être un organisme qui entreprend des actions d'aide humanitaire d'urgence en accordant un budget, une assistance et la coordination de projets (5).

En 1994 : « *En cent jours, entre avril et juillet 1994, 80 % à 90 % de la population tutsie du Rwanda était massacrée par les extrémistes du Hutu Power et leurs alliés.* » (25).

Au Rwanda, tout s'accumule : génocide, exode, guerre, épidémie, catastrophe politique (14). « *Le génocide rwandais est dans un premier temps occulté par la victoire militaire de l'opposition armée Tutsie du front Patriotique Rwandais.*(24)» Le mouvement de population qui s'en suit mène au déplacement de deux millions de personnes qui se réfugient au Zaïre et en Tanzanie. L'intervention humanitaire est destinée à venir en aide aux réfugiés, qui sont frappés par une épidémie de choléra. « *Plusieurs ONG font le constat de l'absence de volonté politique des états voisins du Rwanda et des Etats-Unis à mettre fin* » (26) au génocide qui se poursuit dans les camps.

En 1999, la crise au Kosovo engendre un déplacement de la population des Kosovars albanais qui se réfugient vers la Macédoine et l'Albanie. Avec l'aide des forces de l'OTAN, une mobilisation militaro-humanitaire est déployée pour éviter un massacre. (26)

« *L'action humanitaire, comme l'aide publique au développement, sera, à partir de la fin des années 1990, dans le discours comme dans la politique des grands donateurs, intégrée de façon croissante à une action en faveur de la paix et de la sécurité.* » (8)

En 2004, près de l'île de Sumatra, un tsunami frappe plusieurs pays de l'océan Indien. La médiatisation de cette situation avec des milliers de morts et disparus entraîne un afflux de dons qui a dépassé les besoins immédiats.

En 2005, au Niger, lors d'une grande famine, on assiste à une accentuation de la malnutrition déjà présente, la vie de milliers d'enfants est en danger.

En 2007, le Consensus sur l'aide humanitaire (13) invite les ONG à « mettre en œuvre leurs propres politiques, indépendamment des politiques ou actions gouvernementales » et l'UE à « veiller au respect des principes humanitaires fondamentaux, en particulier ceux d'humanité, de neutralité, d'impartialité et d'indépendance ».

Et depuis?

Prospective humanitaire: Pierre Salignon, directeur général de l'action humanitaire à *Médecins du Monde*, aborde l'avenir de l'humanitaire. Il prévoit un humanitaire en croissance, plus professionnel et coordonné, ce qui nécessitera plus d'organisation, mais apportera aussi plus d'efficacité (27).

La nature des actions humanitaires est en pleine évolution, de nouvelles situations et vulnérabilités sont apparues ou réapparues. Ce seront peut-être moins les conflits en eux-mêmes, mais plutôt les migrations de populations qui vont nécessiter des réorganisations de l'aide humanitaire. Suite aux guerres en Irak et Syrie qui ont mené à une croissance de migrants, les camps de réfugiés se sont créés à proximité immédiate. « *Pour le haut-commissaire aux réfugiés de l'UNO, « le XXI^e siècle sera celui des peuples en mouvement » » (8).*

N'oublions pas les derniers événements les plus proches, la menace terroriste en Europe. Suite aux attentats en France et la déclaration d'état d'urgence, on peut se poser la question « *Comment les associations et les médecins humanitaires, qui ont vocation à intervenir sur les théâtres de guerre, abordent-ils l'état d'urgence en France?* » (28) L'expertise des ONG peut être utile dans ces cas.

Est-ce qu'il faut dans l'aide humanitaire davantage se concentrer sur les personnes vulnérables et en situation de pauvreté dans les pays industrialisés, dans notre propre pays ?

III. Les enjeux de l'action humanitaire

L'action humanitaire est soumise à beaucoup d'exigences, de nature juridiques, éthiques, politiques, médiatiques, financières, etc. Il s'agit d'un sujet d'intérêt important pour les opinions et les pouvoirs publics. L'action humanitaire occupe une place essentielle dans les relations internationales. C'est aussi un phénomène de société et une ressource médiatique inépuisable.

a. Humanitaire et Politique

Rony Brauman discute dans son livre *La médecine humanitaire* (1) la relation par rapport aux pouvoirs politiques :

« Les interventions humanitaires en situation de conflits supposent des acteurs indépendants de tous pouvoirs politiques, se tenant sur une position d'extériorité par rapport à ceux-ci. Ailleurs, des programmes relevant de la santé publique exigent, au contraire, un lien étroit avec les autorités politiques du pays d'intervention. ... Les institutions oeuvrant dans ce domaine diffèrent les unes des autres par leurs modalités d'action et leur hiérarchisation des enjeux – autrement dit, par la compréhension de leurs rôles et de leurs objectifs respectifs. »

Les principes de base de neutralité et indépendance ne sont pas forcément toujours faciles à appliquer en médecine de guerre : *« Tous les camps, quelle que soit l'origine de la population qu'ils abritent, sont toutefois des espaces politiques en même temps qu'ils ont vocation à être des sanctuaires humanitaires, car la guerre qui en est à l'origine ne s'arrête pas à leurs portes. Les acteurs humanitaires doivent en être conscients, sous peine de devenir à leur insu les soutiens de certains belligérants. »* (1). L'utilisation de l'aide dans les conflits qui est là pour nourrir les victimes peut devenir une aide à nourrir la guerre.

Prenons l'exemple de Kouchner: il débute comme médecin au Biafra en 1968, devient secrétaire d'Etat à l'action humanitaire en 1988 et puis ministre des Affaires étrangères. Pour lui, l'action humanitaire est là pour témoigner, pour faire bouger les choses.

Tout en mélangeant l'action humanitaire avec la politique, il élabore le fameux « droit d'ingérence » que les États doivent mettre en œuvre. Ce concept contenu dans la Charte des Nations Unies permet une intervention en cas de situations exceptionnelles sous certaines conditions à recourir, si nécessaire, à

l'usage de la force, en dépassant la souveraineté nationale, pour contraindre un État à respecter certains principes internationaux (29). C'est un principe beaucoup discuté et critiqué, compte-tenu de la limite floue entre vouloir l'utiliser pour aider une population ou ses propres intérêts.

Pour Kouchner, comme pour ses collègues qui étaient partis avec lui défendre les Biafrais, l'affaire est entièrement politique. Dans le *Nouvel Observateur* en 1970, il écrit : « *Le massacre des Biafrais est le plus grand massacre de l'histoire moderne après celui des Juifs, ne l'oublions pas. Est-ce que cela veut dire que le massacre de millions d'hommes n'a pas de dimension politique ?* ». Pour lui : « *Tout compte fait, sauver un homme, c'est faire de la politique !* » (30).

Les rapports des humanitaires face aux politiques sont divers, certains s'en éloignent au plus, d'autres espèrent s'en servir à leur fin.

b. Sécurité des équipes humanitaires

L'année 2006 a été marquée par des attaques au Darfour et l'assassinat de 17 employés d'Action contre la faim au Sri Lanka (1). En 2009, 10 humanitaires ont été tués en Somalie (Baromètre de la protection des civils, Oxfam (31)). En 2010, on compte 18 humanitaires tués au Pakistan et en Afghanistan.

En octobre 2015, la sécurité des équipes humanitaires a été sérieusement mise en cause, quand un hôpital de MSF à Kunduz, Afghanistan, a été attaqué par l'armée américaine disposant pourtant des coordonnées GPS de l'hôpital. 42 personnes y ont perdu la vie, dont 14 membres du personnel de MSF (32). En 2015, 75 hôpitaux MSF ou soutenus par MSF ont été frappés par des bombardements (33).

Au début de l'histoire de l'humanitaire moderne, les organisations voulaient être bien visibles sur le terrain. Elles espéraient bénéficier par leur statut d'indépendants d'une protection par rapport à des attaques quelconques. Par exemple, les véhicules portaient dans les années 1980 et 1990 des logos. Actuellement, ils sont de plus en plus banalisés en recherche d'anonymat dans le contexte de l'insécurité ressentie dans des pays en situation de conflits armés. Les humanitaires ne sont pas les bienvenus partout. Ceci s'explique par des mélanges humanitaire-politique-soutien militaire survenus régulièrement qui n'inspirent pas confiance aux pays bénéficiaires de l'aide.

c. Monopole occidental ?

Née des conflits et de la vague de colonisation à la fin du 19^{ème} siècle, l'aide des pays occidentaux aux pays « *en voie de développement* » est devenue le fonctionnement classique de l'aide humanitaire.

« En matière d'aide humanitaire d'urgence, l'omniprésence quasi-exclusive des ONG du Nord dans toutes les régions du monde traduit un véritable monopole occidental. Un tel monopole passe la plupart du temps pour « normal » tant la conception de l'humanitaire qui le sous-tend est littéralement « occidentale », c'est-à-dire liée à l'histoire de l'Occident et aux valeurs qui s'y rattachent. On peut même se demander dans quelle mesure l'humanitaire ne représente pas dans l'inconscient collectif de nos sociétés la continuation de cette « mission civilisatrice » dont l'Occident s'est longtemps cru le porte-étendard. De manière plus factuelle, il ne fait pas de doute que l'humanitaire présente une double caractéristique de plus en plus problématique : une aide du Nord essentiellement orientée vers le Sud et une dépendance de celui qui est aidé envers celui qui aide. » (34)

d. Médias

La médiatisation a joué un rôle essentiel dans le développement de la médecine humanitaire.

Le développement des techniques de l'urgence et les résultats spectaculaires obtenus sur le terrain des accidents, dans le traitement des pathologies lourdes, ont attiré l'attention des médias, en particulier des médecins télévisés. Ceci a évidemment influencé le public. Les ONG ont recherché la télévision par la nécessité qui leur était imposée d'acquérir des fonds propres. En se montrant à l'écran, leurs donateurs peuvent suivre leurs actions et l'attention des spectateurs est captée pour atteindre de nouveaux donateurs. Ce système a eu pour conséquence une véritable prolifération d'ONG, bien sûr, menant à des inégalités entre le soutien des différentes ONG. Il s'en suit une sélectivité de l'assistance. Comment dans ces conditions respecter le principe d'humanité quand la lutte contre certaines souffrances est privilégiée à d'autres ?

e. Ethique, respect de la volonté du patient

Tout patient a le droit d'accepter ou de refuser une prise en charge médicale proposée. Ceci peut être difficile pour un médecin considérant donner des soins médicaux nécessaires et souvent gratuits en médecine humanitaire, mais « *l'obligation de porter secours à une personne en danger atteint sa limite, celle de la volonté de la personne concernée* » (1).

Face à toutes ces difficultés, les humanitaires doivent faire preuve de pertinence dans leurs interventions et être conscients des conséquences, de l'impact de leurs projets. Ils doivent en permanence se positionner et témoigner quand c'est nécessaire.

« Il est impossible de comprendre l'humanitaire sans faire de l'humanitaire »
(35).

IV. Histoire des ONG au Luxembourg :

Il semble que, proportionnellement au nombre d'habitants, le nombre d'ONG agréées est beaucoup plus élevé au Luxembourg que dans les autres pays européens, sans oublier que le terme ONG peut ne pas signifier la même chose dans tous les pays. Les ONG luxembourgeoises sont plutôt des petites associations.

Cela s'explique peut-être par le fait que le pays est particulièrement petit, par une politique favorable à la création des ONG, par un désir des fondateurs d'avoir leur propre ONG, par la nature des Luxembourgeois qui sont très engagés dans des associations et le bénévolat ou encore par l'aspect multiculturel où chacun s'engage pour son pays d'origine. La plupart semblent naître d'une motivation émotionnelle, en partant d'un projet individuel personnel dans le pays auquel est destinée l'aide initiale. (36)

Elles sont essentiellement basées sur le bénévolat, mais la grande majorité est cofinancée par le gouvernement. Les plus soutenues semblent être la fondation Caritas, MSF et Handicap International. Les projets semblent plutôt orientés vers des pays du Sud.

« Au Luxembourg, les ONG n'ont pas de statut déterminé et il n'y a pas de législation spécifique. » (37) Un système « d'agrément » a été mis en place par le Ministère des Affaires étrangères pour les ONG qui s'inscrivent dans le travail humanitaire ou de développement.

On comptait 30 « ONG » en 1980 qui s'investissaient dans « l'aide au Tiers Monde » (36).

En février 2016, on dénombre 92 ONG luxembourgeoises agréées par le ministère (38).

Beaucoup d'ONG luxembourgeoises sont basées sur une motivation religieuse.

B. Lecture organisée de la littérature sur les conditions nécessaires pour faire de la médecine humanitaire

1) Méthodologie de recherche

Une revue de la littérature permet de recenser les conditions présumées nécessaires à la pratique de la médecine humanitaire.

Cette revue de la littérature a été faite comme suit :

- ❖ recherche dans la base de données *PubMed*, avec des mots clés mesh indexés (MeSH Terms) : « relief work », « physician », « motivation », « Practice Patterns, Physicians' », « developing countries ».
- ❖ recherche dans le catalogue *SUDOC*
- ❖ recherche dans la base de données des bibliothèques au Luxembourg, par le moyen du site internet *www.a-z.lu*
- ❖ recherche de thèses traitant le sujet sur le site internet *www.theseimg.fr*
- ❖ consultation des documents trouvés dans les bibliothèques universitaires à Nancy et au Luxembourg, sous la rubrique médecine « humanitaire » et « sociale »

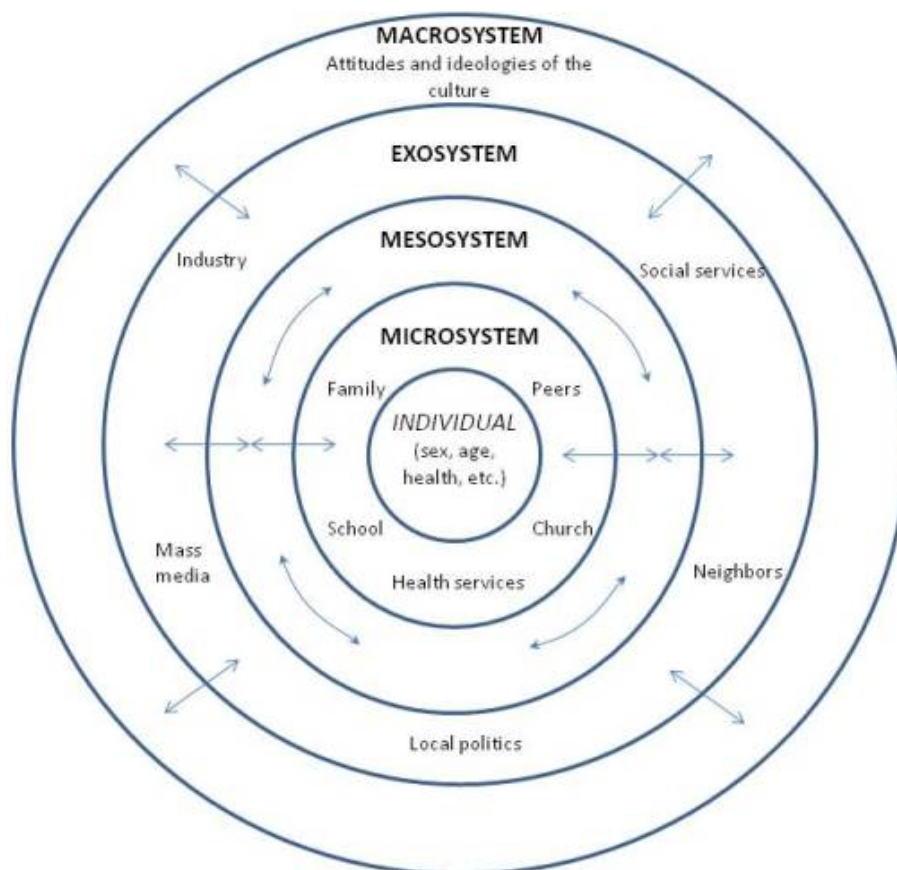
2) Mise en application

En utilisant le schéma de lecture du « modèle écologique du développement humain de Bronfenbrenner (39) » pour notre recherche de littérature et documentaire, nous structurons les conditions nécessaires au travail en médecine humanitaire. Bronfenbrenner montre que les différents milieux du monde social dans lequel on se trouve, sont en permanente interaction et superposition. La complexité des interactions entre les personnes et leur environnement influence le comportement qui en résulte. Ainsi il y a plusieurs « niveaux » qui doivent être considérés pour permettre un exercice dans la médecine humanitaire.

On ne retrouve que peu de conditions « macro » dans la littérature, quelques conditions « meso » liées à la pratique et surtout la formation, et beaucoup de conditions « micro » liées pour la plupart à la personnalité et aux motivations de départ, et donc communes à tous ceux qui veulent s'engager dans l'humanitaire.

Il est donc nécessaire de rechercher dans cette étude les conditions nécessaires à tous les « niveaux », mais surtout concernant les facteurs « macro » et de spécificités liées au pays qui pourraient conditionner l'engagement humanitaire d'un médecin travaillant au Luxembourg.

Illustration (40) du modèle écologique du développement humain de Bronfenbrenner :



a. Les conditions MACRO concernent les institutions, les garanties, les conditions politiques et stratégiques.

Dans cette catégorie, qui regroupe les **dispositifs** proposés par l'Etat luxembourgeois au niveau **organisationnel (pratique ou financière)** de l'activité professionnelle dans le pays d'origine pendant les missions, nous ne trouvons pas beaucoup d'éléments tangibles. Au niveau du droit du travail, des congés et indemnités, un « *Congé de coopération au développement* » (41) existe : ce congé est attribué aux membres des ONG dans certains cas, qu'ils soient salariés ou non dans leur activité professionnelle dans le pays d'origine, pour un maximum de 6 jours par an, et peut faire l'objet d'une indemnité. Ceci n'est pas comparable au « *Congé de solidarité internationale* » existant en France qui permet un congé de 6 mois à un salarié pour participer à une mission à l'étranger.

Au niveau des possibilités de partir avec des **ONG** ou **autres organisations à vocation humanitaire**, nous avons vu que le nombre d'ONG est important au Grand Duché du Luxembourg et que de ce fait, l'offre devrait être assez diversifiée pour que chaque médecin trouve le type de mission qui lui

convienne. Mais des critères exacts pour s'engager sont précisés: p.ex. pour un poste au Luxembourg, la Croix-Rouge luxembourgeoise demande une maîtrise des langues française, luxembourgeoise et allemande et une expérience professionnelle dans le domaine concerné (42). MSF note les critères généraux suivants (43): être en bonne santé, avoir une bonne connaissance de l'anglais et du français, être disponible pour partir sans famille, être disponible pour travailler dans des contextes politiquement peu stables et dans des zones de conflits, avoir un minimum de 2 ans d'expérience professionnelle, s'engager pour 2 ans, adhérer aux valeurs de la Charte MSF. Selon la spécialité, une expérience dans des domaines spécifiques comme la médecine tropicale (44) ou la chirurgie de guerre (45) est souhaitable.

L'histoire de la médecine humanitaire a montré à plusieurs reprises que la possibilité de partir en mission et son déroulement dépend aussi de la **situation politique** actuelle du pays destinataire et du pays d'origine. Les relations politiques entre les états doivent être favorables, tous n'acceptent pas l'aide extérieure. Et n'oublions pas que la **sécurité** sur place n'est pas toujours assurée. On peut se poser la question si la **culture** luxembourgeoise est favorable à l'exercice de la médecine humanitaire. La littérature ne contient pas de vraies réponses. Il s'agit d'un sujet important à clarifier dans l'étude.

b. Les conditions MESO concernent surtout le niveau des pratiques professionnelles.

Les compétences professionnelles sont essentielles pour partir en mission (35)-(46)-(47)-(48) :

« Les médecins de l'humanitaire doivent **d'abord être de bons médecins ... praticiens de qualité, cliniciens de haut niveau.** » (49)

Il faut être **formé pour un travail avec des moyens techniques limités** ; avoir une expérience préalable afin d'être en mesure de gérer, encadrer et transmettre ses compétences aux équipes nationales (48).

MSF exige en général une **expérience professionnelle** de 2 ans (43) (parfois même plus en fonction des spécialisations des médecins), ainsi que des diplômes spécifiques comme p.ex. en médecine tropicale (44).

De nombreuses **formations spécifiques** sont utiles pour la médecine humanitaire (46)-(48)-(50)-(51)-(52)-(53): médecine tropicale, médecine d'urgence, de catastrophe, santé publique (épidémiologie), aspects sociaux de la santé, connaissances des relations interculturelles, conduite et évaluation de projet, etc.

Il faut aussi que l'opportunité (2) se présente. Souvent le déclenchement d'une première mission se fait à travers la proposition d'un ami, d'un membre de la famille, ou d'une connaissance qui partait ou était sur place.

La situation familiale doit être compatible. Ici les avis sont divergents: beaucoup conseillent d'être plutôt célibataire (48). MSF donne la priorité aux célibataires à l'entrée (43)(54). D'autres ONG ne précisent pas de situation familiale particulièrement favorable pour faire de l'humanitaire (46).

c. Au niveau MICRO, les conditions concernent l'individu lui-même.

En général, dans la documentation consultée, ce qui est cité en premier ou mis en avant, c'est la **forte motivation**, c'est l'**enthousiasme** nécessaire à un engagement dans l'humanitaire (8)-(46)-(55). Parmi ces motivations, on trouve les suivantes :

Vocation (2)

Amour du voyage (2), de l'aventure (56)-(57)

Attachement à un pays (2)

Conviction religieuse, éthique, culturelle (2)-(56)

Recherche de diversification de l'activité (2)

Volonté d'aider ceux qui en ont besoin, altruisme (56)-(58)

Recherche de faire quelque chose d'important (56)

Sentiment d'obligation, de devoir aider (59)

Acquérir des nouvelles compétences et possibilité de transmettre son savoir, ses compétences (56)

Echapper à la routine, besoin de faire autre chose, changement de décor (56)-(58)

Parmi les personnages connus du monde des médecins humanitaires, voici quelques exemples:

Lors d'un entretien, Jean-Christophe Rufin, ancien président de MSF, évoque les raisons qui l'ont poussé à faire de la médecine humanitaire: des raisons familiales, une idée un peu « héroïque » de la médecine, le besoin de faire autre chose, la liberté et l'enthousiasme, un esprit un peu pionnier (60).

Lors des témoignages de Max Récamier et Bernard Kouchner, on

retrouve comme premier élément la notion de recherche d'aventure (58)-(61).

Louis Schittly : « *L'homme qui voulait voir la guerre de près* » (62) : Tout est dans le titre... Il voulait voir la guerre, vivre l'aventure. Il écrit dans son livre : « *je voulais savoir ce que je valais face au feu, face à la mort* ». C'est pour cela qu'il est devenu médecin humanitaire. Il est parti avec le CICR pour le Biafra.

Le livre « *Partir en mission humanitaire* » (63) note aussi des motivations moins attendues , comme par exemple : mettre la mission comme « le plus » dans le CV, la réalisation de soi, découverte d'autres cultures à moindre frais, fuite d'une déception sentimentale ou de difficultés dans l'univers familial, besoin de reconnaissance, d'assurance ou de confirmation de sa propre valeur, une prise de position. Il est important de connaître ses propres motivations, sinon le risque de retrouver les mêmes difficultés en mission ou le risque de ne pas trouver la reconnaissance ou position recherchée peut mener à l'échec d'une mission.

Voici les autres conditions « micro », listées selon la fréquence d'apparition dans la littérature, dans un ordre décroissant :

Grande adaptabilité (à l'environnement, aux patients, aux collègues, aux habitudes locales) (8)-(46)-(48)-(63)-(64)

Être polyglotte (8)-(43)-(46)-(47)-(48)-(63)

Connaissance et respect de la culture (47)-(64)-(65)-(66)

Avoir une bonne résistance physique et psychique -(63)-(52)-(65)

Un engagement associatif fort (8)-(35)-(52)

Capacité de négociation, communication, coopération et d'équipe (46)-(63)-(67)

Maturité, être « responsable » (8)-(35)-(48)

Pouvoir vivre en communauté (35)-(48)-(65)

Disponibilité dans le temps (43)-(46)-(63)

Esprit de débrouillardise et d'entrepreneuriat, polyvalence et autonomie
(8)-(63)

Capacité à gérer la maladie, la souffrance, la mort (47)

Bonne préparation à la mission (66)

En conclusion :

Il y a beaucoup d'aspects différents, de domaines à considérer pour s'engager dans la médecine humanitaire. Un simple goût d'aventure ne suffira pas pour être un médecin humanitaire efficace et utile. Les conditions politiques et de sécurité, indépendantes du médecin concerné et non influençables par lui, doivent être favorables, ainsi que les compétences professionnelles adéquates et une situation familiale compatible. Sans oublier les traits de caractère notés plus haut, indispensables à la réussite d'une première mission, à la possibilité de retourner en mission et à un bon retour dans l'environnement d'origine à la fin de la mission. Mais la littérature ne répond pas à toutes nos questions sur le sujet et surtout celles concernant le Luxembourg.

C. Questionnement. Pourquoi enquêter au Luxembourg ? Particularités liées au pays ?

Ces considérations nous ont amené à ce travail, qui se propose de répondre aux questions suivantes :

Qui sont les médecins exerçant au Luxembourg qui pratiquent la médecine humanitaire ? Quelle est leur nationalité, où ont-ils fait leurs études ? Dans quelles situations professionnelles et familiales sont-ils ? Que pensent-ils des conditions nécessaires pour travailler dans l'humanitaire, tout en exerçant en privé ou dans le secteur hospitalier ? Quelle est leur motivation ?

Objectif principal de l'étude : analyser les conditions pour faire de la médecine humanitaire en tant que médecin exerçant au Luxembourg.

Objectifs secondaires:

- a. Etudier les caractéristiques de la population de médecins qui pratiquent la médecine humanitaire.
- b. Recueillir le point de vue des médecins sur les raisons de leurs pratiques de la médecine humanitaire.
- c. Dresser/Réaliser un guide pratique d'orientation pour l'exercice de la médecine humanitaire.

ARTICLE

**Médecine humanitaire et conditions d'engagement des médecins
luxembourgeois**

Médecins au Luxembourg et médecine humanitaire

**Humanitarian medicine and commitment conditions of Luxemburgish
doctors**

Les auteurs :

S. Weber : rédaction du manuscrit et de l'analyse statistique

P. Tabouring : aide à la rédaction et relecture du manuscrit

K. Chau : analyse statistique et relecture du manuscrit

L. Fond-Harmant : aide à la rédaction et relecture du manuscrit

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS

Introduction : L'accès aux soins n'est pas assuré partout dans le monde et l'engagement dans la médecine humanitaire a pour objectif d'y remédier.

L'objectif principal de l'étude était d'analyser les conditions d'exercice de la médecine humanitaire en tant que médecin exerçant au Luxembourg.

Méthodes : Une étude descriptive, quantitative et qualitative, fut réalisée en 2016. Tout médecin exerçant au Luxembourg était inclus pour le quantitatif, ainsi que tout médecin avec au moins une expérience en médecine humanitaire pour le qualitatif. Un questionnaire fut élaboré avec pour objectif d'étudier les différences objectives entre les caractéristiques des médecins « engagés » et médecins « non engagés » dans l'humanitaire. Des entretiens semi-directifs permettaient de compléter ces données quantitatives et de récolter le point de vue subjectif des médecins concernés.

Résultats : Sur les 1750 médecins contactés, 202 médecins ont participé à l'étude, dont 35 engagés dans l'humanitaire, et présentaient des caractéristiques démographiques comparables. Les spécialisations chirurgicales étaient plus représentées chez les médecins humanitaires, ainsi que la nature de l'exercice : mixte (cabinet libéral et hôpital) ou en association. Les entretiens ont mis en avant les critères d'exigence des médecins concernant : les politiques, les ONG, la sécurité, les finances, les conditions et compétences professionnelles et personnelles nécessaires en termes de formation et de motivations.

Discussion: L'étude a permis de dresser les conditions d'exercice de la médecine humanitaire tout en exerçant au Luxembourg. Elle permet de mettre en évidence des pistes d'amélioration pour favoriser l'engagement en médecine humanitaire.

ABSTRACT

Introduction: Access to care is not guaranteed everywhere in the world and the commitment to humanitarian medicine aims to remedy it.

The main objective of the study was to analyze conditions of the practice of humanitarian medicine as a doctor practicing in Luxembourg.

Methods: A descriptive, quantitative and qualitative study was carried out in 2016. Every doctor practicing in Luxembourg was included for the quantitative study; doctors with at least one experience in humanitarian medicine were included in the qualitative study. A questionnaire was drawn up with the aim of studying the objective differences between the characteristics of "committed" and "uncommitted" doctors in humanitarian work. Partially-directed interviews made it possible to supplement the quantitative data and to collect the subjective point of view of the doctors concerned.

Results: 1750 doctors were contacted. 202 doctors surveyed, of whom 35 were engaged in humanitarian activities, had comparable demographic characteristics. The surgical specializations were more represented among humanitarian doctors, as well as the nature of the exercise: mixed (private practice and hospital) or in partnership. The interviews highlighted the physicians' expected requirements concerning political conditions, NGOs, safety, finances, conditions of involvement and professional and personal skills necessary in terms of training and motivation.

Discussion: The study made it possible to draw up the conditions for the practice of humanitarian medicine while practicing in Luxembourg. It highlights avenues of improvement in order to encourage the involvement of doctors in humanitarian medicine.

Introduction

Le droit à la santé et l'accès aux soins sont des valeurs fondamentales dans notre société.

La Constitution de l'OMS établit que «la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain».⁽¹⁾

Pourtant la réalité est toute autre. Selon les populations, l'accès aux soins peut être plus ou moins assuré. En cas de crise humanitaire, la structure de santé peut être détruite.

L'aide humanitaire «comprend toute action entreprise en vue d'aider des êtres humains en état de souffrance physique ou morale, en particulier lors de désastres, que ceux-ci soient d'origine humaine, naturelle ou technologique, mais également et surtout en période de conflits quelle qu'en soit la nature » (2)

Le médecin, fortement médiatisé dans le domaine, peut y trouver facilement des opportunités de se rendre utile. Nombreux sont ceux, à un moment de leur carrière, à se poser la question de s'investir dans la médecine humanitaire qui *«s'adresse à des populations marginalisées, éprouvées par une crise ou privées d'accès aux soins. Celle qui s'exerce pour elle-même, sans autre objectif que de se rendre utile.»*⁽³⁾

En mission, les défis peuvent être variables. Le champ d'action peut être l'intervention dans le cadre d'un dispensaire de brousse dans un pays en voie de développement ou une équipe mobile d'urgence dans un contexte de catastrophe naturelle ou de conflit armé. L'action humanitaire peut prendre la forme de l'aide médicale pour les plus précaires dans les pays «industrialisés».

Le Luxembourg est certes un petit pays, mais un pays réputé pour son aide au développement et ses aides financières. Tous les médecins ne vont pas s'investir en médecine humanitaire. Certains qui sont allés une fois sur le terrain n'y trouvent pas leur compte et ne souhaitent pas repartir. Dans le contexte de crise humanitaire croissante que connaissent de nombreux pays, il semble important de s'interroger sur le rapport qu'entretiennent les médecins en exercice à la médecine humanitaire.

Quelles sont les conditions nécessaires pour pouvoir mener de front des actions humanitaires et son métier de médecin ?

Pour répondre à cette question nous avons choisi d'utiliser une grille de lecture, inspirée du modèle écologique de Bronfenbrenner (4), en trois niveaux « macro, meso et micro », permettant de structurer les conditions nécessaires du travail en médecine humanitaire.

Le cadre macro : le contexte

Il concerne les institutions, les garanties, les conditions politiques. Elles produisent les éléments du cadre et des contextes institutionnels:

- Congés et indemnités, un « *Congé de coopération au développement* » (5) existe, limité à 6 jours par an.
- L'offre des ONG est assez diversifiée au Luxembourg, mais il y a des critères pour s'engager selon l'ONG. MSF note de nombreux critères généraux (6) et exige une expérience professionnelle, parfois dans des domaines spécifiques comme la chirurgie de guerre (7).

L'histoire de la médecine humanitaire a montré à plusieurs reprises que le déroulement d'une mission dépend fortement des situations politiques des pays concernés.

Le cadre meso : la pratique professionnelle

Il concerne surtout les pratiques professionnelles. Les compétences professionnelles semblent essentielles pour partir en mission. De nombreuses formations spécifiques semblent utiles (8)-(9)-(10), notamment en médecine tropicale ou chirurgie de guerre.

Le cadre micro : l'individu

On retrouve beaucoup de conditions concernant la personne elle-même (grande adaptabilité (8)-(11), être polyglotte (6)-(8)-(11), disponibilité dans le temps (6)-(8)). Il faut aussi que l'opportunité (12) se présente et la situation familiale doit être compatible (6)-(8).

Une grande motivation de départ est indispensable (8)-(11)-(13). Parmi les raisons de départ, on retrouve l'amour du voyage (12), de l'aventure (14)-(15) ou encore la volonté d'aider, l'altruisme (14)-(16).

Il est donc nécessaire de rechercher dans cette étude les conditions nécessaires à tous les « niveaux », mais surtout les facteurs MACRO et MESO qui pourraient favoriser l'engagement humanitaire d'un médecin travaillant au Luxembourg.

Aucune étude portant sur le sujet n'a été trouvée à ce jour parmi les médecins du Luxembourg engagés en médecine humanitaire.

Ces considérations nous ont amenés à ce travail.

L'objectif principal de notre étude était d'analyser les conditions nécessaires pour faire de la médecine humanitaire en tant que médecin exerçant au Luxembourg.

Les objectifs secondaires étaient :

- a. Etudier les caractéristiques de la population de médecins qui pratiquent la médecine humanitaire.
- b. Recueillir le point de vue des médecins sur les raisons de leurs pratiques de la médecine humanitaire.
- c. Réaliser un guide pratique d'orientation pour l'exercice de la médecine humanitaire.

Méthodes

Une étude descriptive, quantitative et qualitative, a été menée parmi les médecins exerçant au Luxembourg en 2016. La première étape était une enquête quantitative descriptive par questionnaire, et la deuxième une enquête qualitative par entretiens.

Enquête quantitative descriptive

Par questionnaire, les différentes caractéristiques des médecins ont été étudiées, entre ceux qui ont participé à au moins une action humanitaire et ceux n'ayant aucune expérience en médecine humanitaire.

Population cible. 2675 médecins actifs ou retraités inscrits au Collège Médical du Luxembourg (17).

Echantillonnage. Le lien du questionnaire a été envoyé par mail à tous les médecins du Luxembourg dont une adresse-mail était disponible auprès d'une association de formation continue ou humanitaire (350 médecins), ainsi qu'à tous les médecins hospitaliers (environ 1150 médecins (18)). Afin de disposer d'un collectif en nombre, des médecins libéraux ont été sollicités par téléphone (250 médecins), choisis au hasard dans l'annuaire. Ainsi 1750 médecins ont été contactés, sous réserve de doublons.

Recueil de données. Il a eu lieu du 13 septembre au 18 novembre 2016 par questionnaire (Annexe 1), établi sur Google Form (19). Les médecins contactés par téléphone avaient aussi la possibilité de répondre directement en ligne. Une première partie du questionnaire, destinée à tous les médecins, concernait les données objectives d'identité, ainsi que leur participation à au moins une action humanitaire dans leur fonction de médecin. Les médecins qui n'avaient pas fait l'expérience de la médecine humanitaire pouvaient expliquer leurs raisons. Une deuxième partie, destinée aux médecins avec au moins une expérience en médecine humanitaire, comportait des questions quantitatives sur les actions humanitaires effectuées et quelques questions qualitatives qui évaluaient les raisons qui ont mené à cet engagement. Le questionnaire était anonyme. Les médecins ayant travaillé dans l'humanitaire pouvaient laisser leurs coordonnées pour participer à la partie qualitative de l'étude.

Analyse statistique. Ont été pris en compte pour l'étude statistique tous les questionnaires renvoyés jusqu'au 18 novembre 2016 inclus. L'analyse des données a été faite en utilisant le logiciel Stata/SE 12.0 (20), après encodage dans Microsoft Excel.

Pour les analyses, nous avons utilisé pour le $p1$ le test de comparaison *anova* pour les moyennes et le test de *chi2*. Nous avons choisi un seuil de significativité (α , risque alpha de première espèce) de 0,05. Les pourcentages ont été présentés en colonne.

Enquête qualitative

L'enquête qualitative a tenté de compléter le sujet et d'expliquer les résultats de l'analyse des données quantitatives.

Population cible. Tout médecin ayant une expérience en médecine humanitaire et inscrit au Collège Médical du Luxembourg.

Echantillonnage. Les médecins ont été recrutés parmi les participants de la première partie de l'étude ou à partir d'ONG afin d'aboutir à 20 entretiens.

Recueil de données. Les entretiens semi-directifs ont eu lieu du 12 au 28 décembre 2016, en individuel, compte-tenu de la non-disponibilité de la majorité des participants pour un entretien en groupe.

La grille d'entretien (Annexe 2) était structurée en points de discussion traitant les sujets peu abordés dans la partie quantitative.

Au début de l'entretien le contexte de l'étude et le sujet de thèse étaient présentés.

Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement écrit ou oral des participants (Annexe 3). La durée de l'entretien était de 20 minutes en moyenne.

Traitement des données. Ont été pris en compte pour l'étude qualitative toutes les données des entretiens menés du 12 au 28 décembre 2016, et les données des questions qualitatives du questionnaire.

Le logiciel N-vivo (21) a servi pour la retranscription anonyme des entretiens, mot par mot, et l'analyse des données. L'analyse a été faite après lecture répétée des scripts des entretiens et par mots-clés pour retrouver les sujets importants. A partir du modèle de Bronfenbrenner, les résultats ont été classés selon les différents niveaux « Macro, Meso et Micro ».

Au préalable, le protocole de l'étude a été soumis au CNER, Comité national d'Ethique et de recherche Luxembourgeois, qui, pour la protection des personnes, a demandé la suppression de toute source nominative à la fin de l'étude. L'étude a été déclarée à la CNPD, Commission nationale pour la protection des données, par l'envoi d'une notification préalable.

Résultats

Enquête quantitative

Sur 1750 médecins contactés, 202 médecins ont retourné le questionnaire. La prévalence de médecins ayant participé à au moins une action de médecine humanitaire était de 17,3%.

Caractéristiques générales des médecins (Tableau I). La comparaison des caractéristiques entre les deux groupes, médecins ayant exercé dans l'humanitaire (*MH*) et médecins n'ayant pas exercé dans l'humanitaire (*Non MH*), montrait des groupes comparables selon sexe et âge. Pour la spécialisation, dans le groupe *MH* se trouvaient: médecine générale à 35,3%, spécialité chirurgicale à 26,5%, spécialité médicale à 23,5%. Dans le groupe *non MH*: spécialité médicale à 38,1%, médecine générale à 36,1%, spécialité chirurgicale à 8,8%.

51,6% du groupe *MH* exerçait en Mixte (=Cabinet libéral et Hôpital), 29,0% en Cabinet libéral, 19,4% à l'Hôpital. 50,3% du groupe *non MH* exerçait en Cabinet libéral, 31,3% en Mixte, 18,4% à l'Hôpital.

75% du groupe *MH* travaillait en association (contre 55,7% dans le groupe *non MH*), 15% seuls (contre 38,0%) et 10% étaient en retraite (contre 2,5%).

Les raisons de non-engagement humanitaire (Figure I). Les raisons notées le plus souvent étaient le manque d'opportunité (61,4%) et le manque de temps (40,4%).

Circonstances professionnelles et personnelles lors des Actions Humanitaires (AH). La *première* AH a eu lieu pendant les études pour 55,9% des médecins, avant installation pour 2,9% et après installation pour 41,1%. L'âge était de <30 ans pour 57,5%, 30-49 ans pour 24,3% et 50-59 ans pour 18,2% des médecins. 28,6% étaient mariés. 22,9% avaient des enfants.

Lors des AH en général: 11,4% des médecins y ont participé lors des années de remplacement, 20,0% avant installation (en cabinet ou hôpital) et 57,1% après installation. 28,6% étaient mariés. 28,6% avaient des enfants.

100% des médecins travaillant seuls ont fait des AH pendant les études, contre 46,7% des médecins travaillant en association et 0,0% des médecins en retraite (p=0,08)

100% des médecins travaillant seuls ont fait des AH avant installation, contre 13,3% des médecins travaillant en association et 0,0% des médecins en retraite (p=0,01).

L'âge des médecins lors de la 1^{ère} AH (p=0,05):

- groupe *Seul* : <30 ans pour 100%
- groupe *En association* : <30 ans pour 46,7%, 30-49 ans pour 20,0%, >50 pour 33,3%
- groupe *En retraite* : 30-49 ans pour 100,0%

42,9% ont fait une formation spécifique dans un domaine de la médecine humanitaire avant la 1^{ère} AH, dont 50% en médecine tropicale (Figure II).

Caractéristiques des AH. La durée des AH était entre une semaine et un mois dans 48,6% des cas et entre 1-3 mois dans 17,1% des cas. 86,7% des actions à l'étranger étaient inférieures à 3 mois.

66,7% des médecins travaillant en *Cabinet libéral* ont réalisé des AH exclusivement en Europe, contre 50,0% des médecins travaillant à l'*Hôpital* et 0,0% des médecins travaillant en *Mixte* (p=0,001).

45,5% des médecins partaient non accompagnés, 33,3% avec leur compagne/compagnon, 30,3% avec d'autres personnes, 9,1% avec leurs enfants.

Limites et difficultés des AH.

Les raisons de refus ou d'arrêt de missions étaient pour 44,8% l'aspect familial, 20,7% l'aspect financier, 17,2% la situation politique ou de sécurité défavorable, 17,2% la difficulté physique ou maladie, 13,8% le désaccord avec l'organisation

ou le responsable de la mission, 10,3% l'absence de remplaçant, 10,3% une mission mal organisée.

Les causes externes (mission mal organisée, politique, insécurité, désaccord) étaient notées par 100% des médecins du groupe *Seul*, par 27,3% des médecins *En association* et 50% des médecins *En retraite* ($p=0,08$).

En fonction du type d'exercice ($N=20$), la gestion d'absence était réglée ($p=0,02$):

- pour les médecins travaillant *Seul* : fermeture dans 66,7% des cas, AH pendant temps libre (TL) 33,3%
- pour les médecins travaillant *En association* : associés et remplaçants 61,5%, AH pendant TL 38,5%
- pour les médecins *En retraite* : fermeture 50%, AH pendant TL 50%

En fonction du lieu d'exercice ($N=31$), la gestion d'absence était réglée ($p=0,10$):

- pour les médecins travaillant en *Cabinet libéral* : AH pendant TL dans 55,6% des cas, associés ou remplaçants 33,3%, fermeture 11,1%
- pour les médecins travaillant à *l'Hôpital* : AH pendant TL 100%
- pour les médecins travaillant en *Mixte* : associés ou remplaçants 53,8%, fermeture 23,1%, AH pendant TL 23,1%

Les conséquences financières négatives des AH sont jugées sur une échelle de 1 à 5 (1=absentes, 5=importantes) : en moyenne 2,9 pour le groupe *Mixte*, 1,8 pour le groupe *Cabinet libéral*, 1,3 pour le groupe *Hôpital* ($p=0,02$).

Impact dans la décision de faire de la médecine humanitaire. L'impact, noté sur une échelle de 1 à 5 (1=minime, 5=énorme), était en moyenne de:

- 2,7 pour l'entourage familial
- 2,5 pour l'entourage professionnel
- 2,4 pour les études
- 2,1 pour le pays d'origine

Enquête qualitative

Caractéristiques des entretiens. Sur les 19 entretiens (un médecin s'étant désisté), 15 se sont déroulés sur le lieu de travail des médecins, trois par téléphone, un au domicile. 16 entretiens se faisaient en français, trois en langue Luxembourgeoise ou Allemande, faute de maîtrise suffisante de la langue française.

Caractéristiques des médecins interviewés. Parmi les 19 médecins, cinq ont fait des AH exclusivement en Europe (groupe « *Europe* ») et 14 ont fait de l'humanitaire hors Europe (groupe « *hors Europe* »).

Les caractéristiques des deux groupes sont comparables pour l'âge et la nationalité. Dans le groupe *Europe*, il y a moins d'hommes, moins de médecins mariés et avec des enfants, et plus de médecins généralistes. L'exercice seul et en cabinet libéral est beaucoup plus représenté dans le groupe *Europe*.

Analyse des conditions au niveau MACRO (thèmes abordés: ONG, Finances, Politique, Sécurité).

ONG. Le choix de l'ONG la plus adaptée était important pour les médecins.

Les forces des ONG seraient: grande ONG, bonne organisation, continuité des soins sur le long terme, projet structuré, formation avant départ, guidelines, possibilité de missions à court terme, critères de sélection du personnel, action adaptée aux besoins exprimés de la population cible de l'aide, recherche opérationnelle.

Les faiblesses portaient sur un manque d'information, de sécurité, de professionnalisme, d'encadrement et d'intégration, une concurrence entre les ONG sur le terrain et une déconnection du terrain de certaines ONG.

« Moi je suis partie avec une petite ONG, où en partie en tout cas pour le côté médecine, il y avait un manque de compétence, là je pense que clairement je partirais (une autre fois) avec une ONG plus expérimentée et plus grande. »

Finances. Les médecins enquêtés approuvaient l'investissement et la politique d'aide du gouvernement luxembourgeois au développement.

Les moyens à disposition des ONG seraient parfois mal utilisés au niveau international. Pour les AH médicales qui ont lieu au Luxembourg, des médecins considéraient être souvent « *limités au niveau des moyens* ».

Concernant les finances du médecin partant en mission humanitaire, plus l'ONG était grande, plus il y avait une chance d'être indemnisé pour les frais de la mission, mais pour la plupart des médecins cette aide financière ne couvrait qu'à peine les frais.

Certains souhaitaient un soutien de la part des politiciens, une indemnisation pour l'argent perdu lors de l'absence au cabinet médical ou à l'hôpital.

Un médecin engagé à l'étranger a considéré l'aspect finances comme « catastrophe » pour son activité libérale.

« C'est plutôt quelque chose pour les gens qui ... ont une situation financière stable. Ce qui rend évidemment l'affaire difficile. »

Pour d'autres: « Pour un médecin cette question ne devrait pas se poser. »

« Si on veut absolument s'engager, les congés, l'argent, cela ne compte plus. »

Politique. Un médecin a considéré qu'il y a du changement positif, qu' « il y a plus de structuration, plus de standardisation ».

Pour la plupart, le soutien des acteurs sur le terrain du volet « médecine humanitaire » ne serait pas donné, en pénalisant les finances et les congés.
« Ce n'est pas une priorité dans leur agenda »

Certains émettaient le souhait de projets « selon les besoins exprimés » de la population concernée et citaient un manque d'engagement et de reconnaissance des gouvernements des pays bénéficiaires de l'aide.

Des médecins engagés au Luxembourg voyaient des possibilités de développement du travail des ONG et du ministère et exprimaient un besoin de plus de soutien de la part des autorités, au niveau des réglementations. Certains considéraient qu'il y a des « failles dans notre système social » et un besoin de « prise de conscience et d'avouer que cela existe ».

Un médecin engagé sur le terrain international considérait que « le plus pauvre de notre pays est encore plus riche que les gens là-bas. »

Sécurité. Pour les médecins interrogés, la sécurité était souvent un « problème », « risque », « pas garantie » ; elle « n'a pas été donnée. ».

Pour d'autres: « il y a toujours des risques », « aussi en travaillant ici ». Pour la plupart, les problèmes de sécurité dépendaient aussi de la destination de la mission.

Au sujet d'organisations : « Ils ne sont même pas au courant de ce qu'il en est des problèmes de sécurité là-bas. », « L'ONG faisait un maximum pour la sécurité. », « leur action est devenue plus restreinte » à cause des problèmes de sécurité sur place.

A part les risques médicaux, le risque le plus redouté était la violence en direction des humanitaires, comme le bombardement d'hôpitaux. Pour un médecin actif sur le terrain de conflits armés : « pour moi c'est fini »

« Dans l'humanitaire, il y a une nette régression, par le manque de protection des gens qui sont sur le terrain. »

Pour un médecin engagé au Luxembourg : *« Je pense que j'ai eu plus peur dans ma vie professionnelle habituelle que dans le contact avec les personnes démunies. »*.

L'intégration de la médecine humanitaire dans la culture luxembourgeoise.

Un médecin trouvait que, en dehors de ceux qui travaillent en médecine humanitaire, *« le focus semble définitivement être sur d'autres choses »*.

Pour plusieurs médecins engagés à l'étranger, ils étaient d'accord qu' *« il y a très peu de médecins au Luxembourg qui partent. »*, *« il reste tout à faire »*, il y a des *« milieux qui travaillent entre eux »*, ou c'est en fonction des *« générations ou tranches d'âge »*.

La médecine humanitaire aurait une *« place marginale »* au Luxembourg.

Plusieurs médecins proposaient de *« sensibiliser les gens »* et notaient une baisse du bénévolat.

Pour les médecins engagés au Luxembourg dans la médecine humanitaire-sociale, celle-ci y avait sa place, *« s'est positionnée »*, même s'il y a *« encore beaucoup à faire »*. *« Il y a des gens qui du point de vue médical n'ont pas le suivi médical dont ils ont besoin. »*

Analyse des conditions MESO (thèmes abordés : Conditions professionnelles, Formation, Etudes).

Conditions professionnelles. Les conditions professionnelles étaient plus fréquemment abordées par le groupe *hors Europe*.

Pour un médecin engagé au Luxembourg : *« c'est une étape de ma vie professionnelle, ce sera l'étape de ma retraite aussi. »* Plusieurs ont considéré le moment juste après les études et avant l'installation définitive propice à un départ à l'étranger. *« C'était un bon moment au niveau du timing, de le faire à ce moment de la carrière. »*

Pour un médecin: *« c'est absolument nécessaire de ne pas travailler seul, mais plutôt en groupe ou salarié pour pouvoir partir. »* Pour un autre, cela *« a en partie motivé ma décision de ne pas faire de la médecine libérale, mais de travailler dans un hôpital public »*. Le temps limité des congés disponibles était perçu comme *« grosse contrainte »*.

La plupart estimaient qu'il faut avoir un bon soutien organisationnel au Luxembourg. Un médecin a souligné le soutien de la part de l'hôpital : *« à l'endroit où je commençais à travailler, cela ne leur posait pas de problème »*

Plusieurs notaient le soutien des collègues de travail, par exemple : « *Dans notre contrat, on était d'accord que le groupe soutienne les initiatives individuelles.* »

Formation. Pour les spécialités médicales et surtout les médecins généralistes, une formation en médecine tropicale était la plus citée et parfois considérée comme « *Indispensable* », « *Absolument nécessaire* ».

Pour les spécialités chirurgicales ou anesthésistes, la majorité considérait que les actions sur le terrain sont « *tellement spécifiques de leur spécialité* » qu'une formation particulière n'est pas nécessaire. Leur parcours et expérience professionnelle et un « *savoir chirurgical large* » étaient plus importants. Les médecins engagés au Luxembourg considéraient une formation spécifique comme non nécessaire ; pour un médecin « *ce serait magnifique* ».

Études. Un quart des médecins interrogés avait participé à une AH pendant les études.

« *Suite à mon expérience en tant qu'étudiant, c'était pour moi clairement un objectif de poursuivre la médecine humanitaire plus tard.* »

Un médecin notait qu'à son université en Belgique, on « *insistait beaucoup sur l'engagement auprès des populations défavorisées* » et il y avait la possibilité de faire des stages dans des pays en voie de développement.

Un autre médecin (études en Allemagne) disait avoir « *beaucoup travaillé dans l'humanitaire à l'époque à l'université* » et que « *C'est là qu'a commencé mon intérêt pour la médecine humanitaire.* ».

Pour plusieurs autres médecins : « *Ce n'est pas quelque chose qui a ses racines dans les études.* »

Plusieurs disaient qu'il n'y a pas de sensibilisation des étudiants.

Analyse des conditions MICRO (thèmes abordés : Famille, Motivations, Compétences personnelles).

Famille. Le fait d'avoir de la famille, était souvent considéré être « *difficile à concilier* », une « *faiblesse* », surtout pour l'engagement à l'étranger, à cause de l'absence prolongée et l'insécurité.

Un médecin engagé au Luxembourg dans l'humanitaire social précisait : « *Je ne sacrifie pas ma famille.* ».

Un médecin racontait que « *c'est tout à fait possible* » de partir en famille en mission humanitaire, pour des destinations sans problème de sécurité majeur, et en cas de « *missions bien pointues* ».

Les encadrés suivants présentent les items les plus souvent cités, en terme de motivations pour le premier et de compétences à développer pour le deuxième.

Les **motivations** pour partir étaient:

Volonté d'aider

Idéalisme

Vocation

Conviction

Utilité

Être dans une médecine sans l'aspect financier

Mettre son savoir au profit des gens, partager ses compétences

Influence de collègues ou de personnes connues du monde humanitaire

Le goût de l'aventure

Rêve de partir au tiers monde

Découvrir un autre pays et une autre culture, besoin d'ailleurs

Echange avec d'autres gens

Plus apprécier sa propre vie

Ouverture d'esprit

Développer des compétences comme médecin

Confirmation de soi-même

Beaucoup d'enquêtés parlaient de la reconnaissance des patients, de leur entourage personnel et professionnel, surtout comme suite des AH.

L'apport au niveau professionnel concernait le partage et l'échange avec d'autres collègues et l'expérience en équipe. Certains y ont fait des amis.

Au niveau des **compétences personnelles** nécessaires à un engagement en médecine humanitaire, les médecins parlaient de:

Altruisme

Idéalisme

Empathie

Donner son temps

Ouverture d'esprit

Être sensible pour d'autres cultures
Résistance physique et psychique
Savoir gérer l'échec, la frustration, les limites de l'aide
Être résistant au stress et raisonnable au niveau de ses exigences
Conscience de l'image qu'on donne en tant que médecin
Avoir de l'imagination, se débrouiller
Capacités d'adaptation (au départ et au retour)
Capacité de communication, de prise de décisions
Avoir du courage, le sens de l'aventure
Suivre les règles de l'organisation pour sa propre sécurité
Modestie
Bien se préparer
Être polyglotte

Discussion

Notre enquête a permis de recenser les points de vue des médecins sur l'importante question de la médecine « humanitaire » et de son développement possible au Luxembourg.

Malgré les limites de notre méthode, sur lesquelles nous reviendrons plus tard, il nous a été possible de réaliser une première enquête au Luxembourg. Nous avons récolté des données fort pertinentes pour comprendre quelles conditions sont nécessaires pour exercer la médecine humanitaire tout en exerçant son métier de médecin au Luxembourg.

Au niveau MACRO

Le sujet de la médecine humanitaire sous l'angle des conditions nécessaires à son exercice est peu abordé dans la littérature. L'étude a permis d'éclairer les conditions favorables à son déploiement.

Le choix de l'organisation la plus adaptée à la situation et les attentes du médecin sont primordiaux. Le Luxembourg dispose d'une offre diversifiée au niveau de ces organisations, mais le type d'organisation recommandée par beaucoup de médecins semble être une grande organisation internationale expérimentée avec du professionnalisme, des compétences, des moyens financiers, une durée de mission courte.

Le sujet des finances est souvent évoqué négativement et peut être un obstacle à l'implication et un critère d'arrêt dans l'engagement humanitaire pour certains médecins.

Au niveau politique, le gouvernement luxembourgeois est favorable à l'engagement humanitaire et investit des moyens, mais les médecins considèrent qu'il n'y a pas forcément assez de soutien des acteurs sur le terrain. Les médecins souhaitent un cadre plus favorable : des possibilités d'absence, de congé, de finances adaptées à leur engagement dans l'humanitaire.

Le soutien des gouvernements étrangers est important.

Il faudra trouver les bons interlocuteurs expérimentés sur le terrain pour faire un lien avec les politiciens et essayer d'établir des projets communs.

La sécurité sur le terrain est primordiale. La violence contre les humanitaires représente une nouvelle dimension tragique dans le parcours des médecins engagés sur des terrains de conflits. Les structures humanitaires ne sont plus respectées. Certains médecins engagés se voient contraints de renoncer, faute de sécurité sur place. Ce problème, de nature géopolitique, ne pourra être résolu par les ONG.

La médecine humanitaire semble avoir trouvé une place au sein de la culture luxembourgeoise, aussi bien au niveau politique que parmi les médecins, bien que limitée, souvent par manque de sensibilisation.

Au niveau MESO

Concernant les pratiques professionnelles, l'étude a permis de confirmer les critères retrouvés dans la littérature et de les compléter.

Les conditions professionnelles font que pour la plupart des médecins interrogés, l'exercice libéral ou l'exercice seul est défavorable à un engagement humanitaire, surtout sur le terrain international. C'est une question de trouver le bon moment et ainsi pour la plupart des médecins travaillant seuls, les actions humanitaires ont eu lieu aux deux extrêmes de la vie professionnelle, avant l'installation ou en retraite. Le mode de travail conditionne donc le mode d'engagement. Le soutien des collègues est d'une importance non négligeable. Être salarié représente un contexte plus protégé au niveau des finances et des congés. L'organisation de l'absence y est favorable à un engagement humanitaire à l'étranger.

Une bonne formation de base et une expérience professionnelle sont nécessaires pour être sélectionné par une ONG et pour être efficace sur le terrain, surtout pour les chirurgiens. En fonction de la spécialité, il y a un intérêt

à faire des formations complémentaires. C'est souvent exigé de la part des ONG et jugé nécessaire par la plupart des médecins de l'étude. Pour les missions sur le terrain étranger, une bonne connaissance en médecine tropicale semble indispensable pour les spécialités médicales, surtout en médecine générale.

Le temps est aussi un critère non négligeable. Pour que l'opportunité se présente, il y a nécessité de plus de sensibilisation aussi bien de la part des ONG que des autres acteurs. La majorité des médecins non-engagés en humanitaire l'ont justifié par le manque d'opportunité. Ceci étonne, puisqu'en médecine humanitaire il y a des besoins dans de nombreux domaines médicaux différents.

Pour les études, il n'y a pas de choix particulièrement favorable à faire pour permettre un engagement, sauf peut-être s'informer si l'Université choisie en offre l'opportunité.

Au niveau MICRO

La situation familiale est un facteur décisif. Le fait d'avoir des enfants rend l'engagement plus difficile, par l'absence prolongée ou répétée et l'aspect sécurité. Le soutien de la famille est primordial dans ce cas.

La forte motivation est indispensable, ainsi que l'idéalisme et l'altruisme. L'état d'esprit de départ doit comprendre une envie du don de soi et une volonté d'engagement auprès de celui qui est dans la souffrance. Une volonté d'apprendre à connaître d'autres cultures et d'autres gens semble aussi une caractéristique *sine qua non*.

La personnalité et le caractère du médecin doivent être compatibles avec les défis de la mission, pour être utile et efficace. Une bonne résistance physique et psychique est nécessaire.

Les caractéristiques de la population de médecins qui pratiquent la médecine humanitaire.

Il s'agit plutôt de personnes altruistes, qui sont prêtes à gérer des difficultés, et aiment la différence ou l'échange avec des gens de différentes origines et cultures.

Notre étude montre que les médecins qui s'engagent, sont issus de toute nationalité et pays d'études confondus, de tous âges, aussi bien les femmes que

les hommes. La plupart sont mariés et ont des enfants, même si leur engagement humanitaire a souvent lieu avant d'avoir des enfants.

Les spécialisations sont de tout type, mais les spécialités chirurgicales y sont plus représentées que chez les médecins non engagés.

Tous les lieux et types d'exercice sont représentés, mais la majorité est installée en association et a au moins un encrage à l'hôpital.

Les motivations des médecins pour s'engager en médecine humanitaire.

L'expérience de personnages connus du monde humanitaire ou de gens de l'entourage personnel peut motiver à prendre la direction de la médecine humanitaire.

Les raisons invoquées sont de « vouloir aider, de mettre son savoir au profit des gens qui en ont besoin et de se rendre utile ».

Il y a aussi des raisons plus personnelles : partir pour l'aventure, la découverte, le besoin d'ailleurs, en profiter pour développer des compétences personnelles ou médicales. Partir pour des raisons strictement personnelles ne semble pas propice à une bonne expérience et ne remplit pas l'objectif de la médecine humanitaire.

Limites de l'étude

Biais de puissance et représentativité

La prévalence de médecins humanitaires présents dans l'étude n'est probablement pas représentative de la population générale, mais surestimée, compte-tenu du recrutement auprès des ONG. Ceci limite la validité externe des résultats. Ce recrutement était pourtant nécessaire pour augmenter la participation au projet et aboutir à des résultats significatifs.

Biais de sélection

En recrutant auprès d'associations de formation continue, l'intérêt de la formation a pu être surestimé. Le recrutement par téléphone n'est pas anonyme et peut influencer les réponses.

Biais d'interprétation

Les données manquantes dans la partie quantitative et le manque d'expérience en entretien et analyse qualitative ont pu limiter la validité interne des résultats.

Biais lié à l'enregistrement vocal des entretiens et aux conditions d'entretien

Certains médecins ont commencé à développer les sujets sensibles à leurs yeux une fois l'enregistreur éteint. Il est possible que certains médecins aient essayé de donner les réponses censées être attendues, influencés par un enquêteur non expérimenté. Les conditions d'entretiens étaient parfois difficiles selon les médecins interrogés : manque de temps, pression du travail, appels téléphoniques, maîtrise limitée de la langue française.

Afin de donner une dimension pratique à notre travail de recherche, nous proposons ci après un bref guide qui est le produit de notre réflexion et constitue une synthèse des éléments clés réunis dans notre étude. Il se focalise principalement sur les dimensions micro et meso de notre étude, sur lesquelles les acteurs peuvent le plus facilement agir.

Guide pratique pour l'exercice de la médecine humanitaire

Avant l'engagement

1. Grande motivation : posez-vous la question du pourquoi.
2. Information : trouvez des médecins qui ont de l'expérience sur le terrain.
3. Timing : commencez le plus tôt à vous y intéresser, pour faire des choix professionnels et pour trouver le moment le plus adapté dans votre vie professionnelle et personnelle.
4. Choix : trouvez l'organisation proposant la formule la plus adaptée à votre situation professionnelle et familiale et informez-vous bien sur leurs objectifs et façon de travailler.
5. Préparation du départ : trouvez la formation à suivre pour être bien préparé.
6. Soutien : assurez-vous du soutien de votre entourage professionnel et familial pour l'organisation de votre absence.
7. Préparation du retour : sachez qu'il y a un « après la mission », il ne faut pas négliger le retour.

Sur place

8. Modestie : intégrez-vous et adaptez vos compétences au terrain.
9. Flexibilité : sachez que tout ne va pas se passer comme prévu, l'expérience dépend de votre capacité et volonté d'adaptation.

Au retour

10. Choc culturel : tout le monde ne va pas comprendre ce que vous avez vécu. Entourez-vous de personnes qui vous comprennent et donnez-vous le temps de vous intégrer à nouveau.

Perspectives

La plupart des médecins étaient satisfaits et peut-être aussi fiers de partager leur expérience dans le cadre de l'enquête.

Il s'agit d'une étude originale dans le domaine de la santé publique, puisque peu de travaux ont traité ce sujet et sous cet angle.

Notre étude permet de produire des axes de réflexions pour l'action des ONG et des politiques. Elle a aussi eu pour objectif de clarifier le processus d'engagement des médecins. Il est important d'avoir mené ce travail au Luxembourg ; les ONG sont intéressées et en lien avec les financeurs politiques pour améliorer leur intervention.

On ne peut pas généraliser tous les aspects, considérés favorables à un engagement en médecine humanitaire. Ce dernier renvoie à la situation de chaque médecin, qui, si la motivation et l'idéalisme dépassent les aspects défavorables, peut décider de ne pas tenir compte de certains critères défavorables et finira bien par s'engager.

RÉFÉRENCES

1. OMS | Santé et droits de l'homme [Internet]. WHO. [Cité le 11 jan 2017]. Disponible sur <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr>>
2. Comité international de la Croix-Rouge [Internet]. Comité international de la Croix-Rouge. 2015 [Cité le 24 fév 2016]. Disponible sur <<https://www.icrc.org/fr>>
3. Brauman R. La médecine humanitaire. 2ème ed. Paris : Presses universitaires de France; 2010. 126 p. (Que-sais-je ? : 3844).
4. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: experiments by nature and design. Harvard University Press; 2009. 349 p.
5. Congé de coopération au développement [Internet]. [Cité le 18 mar 2016]. Disponible sur <<http://www.benevolat.public.lu/fr/espace-benevole/conges/conge-cooperation-developpement/index.html>>
6. Critères généraux [Internet]. Médecins Sans Frontières Luxembourg. 2016 [Cité le 28 nov 2016]. Disponible sur <<https://msf.lu/fr/nous-rejoindre/partir-sur-le-terrain/criteres-generaux>>
7. Chirurgien Orthopédique [Internet]. Médecins Sans Frontières Luxembourg. 2016 [Cité le 28 nov 2016]. Disponible sur <<https://msf.lu/fr/metiers/chirurgien-orthopedique>>
8. Chaudesaygues E. Première mission humanitaire à l'étranger: difficultés rencontrées et risques psychologiques pour les médecins [Thèse de médecine]. [Lyon]: Université Claude Bernard; 2014.
9. Rowson et al. The evolution of global health teaching in undergraduate medical curricula. Glob Health. 2012;8:35.
10. Vanbelle C. L'engagement humanitaire du corps médical: besoins et offres de formation spécifiques [Thèse de médecine]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2007.
11. Coconnier M-LL, Pommier B. L'action humanitaire. 2e édition. Paris: PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE - PUF; 2012. 127 p.
12. BERBÉ C. MEDECINE GENERALE EN CABINET LIBERAL ET ACTIONS HUMANITAIRES Etude descriptive auprès des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle exerçant en cabinet libéral. [Thèse de médecine]. Université Henri Poincaré Nancy 1; 2008.
13. MSF.lu - Partir en mission [Internet]. [Cité le 17 mar 2016]. Disponible sur <<http://www.msf.lu/sengager/partir-en-mission.html>>
14. Pezzella AT. Volunteerism and humanitarian efforts in surgery. Curr Probl Surg. 2006;43(12):848–929.

15. Caldron et al. A systematic review of social, economic and diplomatic aspects of short-term medical missions. BMC Health Serv Res. 2015;15:380.
16. Pascal Dauvin, Johanna Siméant. Le travail humanitaire, Les acteurs des ONG, du siège au terrain [Internet]. [Cité le 14 mar 2016]. Disponible sur <<http://www.pressesdesciencespo.fr/fr/livre/?GCOI=27246100382230>>
17. Le site Internet du Collège Médical [Internet]. [Cité le 27 mar 2016]. Disponible sur <<http://www.collegemedical.lu/Fr/Professionnels/default.asp?ABC=A>>
18. Rapport général sur la sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg 2013 [Internet]. [Cité le 1 déc 2016]. Disponible sur <<http://www.sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-general-securite-sociale-gdl-2013/index.html>>
19. Google Forms – Formulaire et enquêtes, simples pour tous [Internet]. [Cité le 19 jan 2017]. Disponible sur <gsuite.google.fr/intl/fr/products/forms>
20. Data Analysis and Statistical Software | Stata [Internet]. [Cité le 19 jan 2017]. Disponible sur <<http://www.stata.com>>
21. NVivo qualitative data analysis software | QSR International [Internet]. [Cité le 19 jan 2017]. Disponible sur <<http://www.qsrinternational.com>>

Tableau I Caractéristiques générales des groupes MH et non MH (N=202)

	MH (N=35)	Non MH (N=167)	TOTAL (N=202)	p	Données manquantes
Age (an), Moy (ET)	48,8 (11,2)	50,0 (11,6)	49,8 (11,5)	0,59	0
Sexe (%)				0,85	0
Hommes	60,0	61,7	61,4		
Etat civil (%)				0,54	19
Célibataire	21,9	26,5	25,7		
Marié	75,0	71,5	72,1		
Veuf	0,0	1,3	1,1		
Divorcé	3,1	0,7	1,1		
Enfants (%)				0,56	3
Oui	68,6	63,4	64,3		
Nationalité (%)				0,58	6
Luxembourgeoise	73,5	59,9	62,2		
Française	8,8	10,5	10,2		
Allemande	5,9	11,7	10,7		
Belge	8,8	9,9	9,7		
Autre	2,9	8,0	7,1		
Pays d'études (%)					7
Luxembourg	2,9	3,7	3,6	0,82	
France	44,1	41,0	41,5	0,74	
Allemagne	32,3	26,7	27,7	0,50	
Belgique	35,3	35,4	35,4	0,99	
Autriche	2,9	5,6	5,1	0,52	
Autre	17,6	10,6	11,8	0,24	
Etudes dans plusieurs pays (%)	26,5	20,5	21,5	0,44	
Spécialisation (%)				0,04	21
Médecine générale	35,3	36,1	35,9		
Médecine dentaire	5,9	10,9	9,9		
Spécialité chirurgicale ^a	26,5	8,8	12,2		
Spécialité médicale ^b	23,5	38,1	35,4		
Réa-anest-urg-samu	8,8	6,1	6,6		
Lieu d'exercice (%)				0,06	24
Cabinet libéral	29,0	50,3	46,6		
Hôpital	19,4	18,4	18,5		
Mixte	51,6	31,3	34,8		
Type d'exercice (%)				0,08	69
Seul	15,0	38,0	34,6		
En association	75,0	55,7	58,6		
En retraite	10,0	2,5	3,7		
Autre	0,0	3,5	3,0		

^a : chirurgie : générale, orthopédique et traumatologique, plastique, neurochirurgie, urologie, ORL, ophtalmologie

^b : médecine interne, pneumologie, endocrinologie, oncologie, radiologie, dermatologie, cardiologie, hépato-gastro-entérologie, rhumatologie, microbiologie et épidémiologie des maladies infectieuses, pédiatrie, pédopsychiatrie, psychiatrie, gynécologie

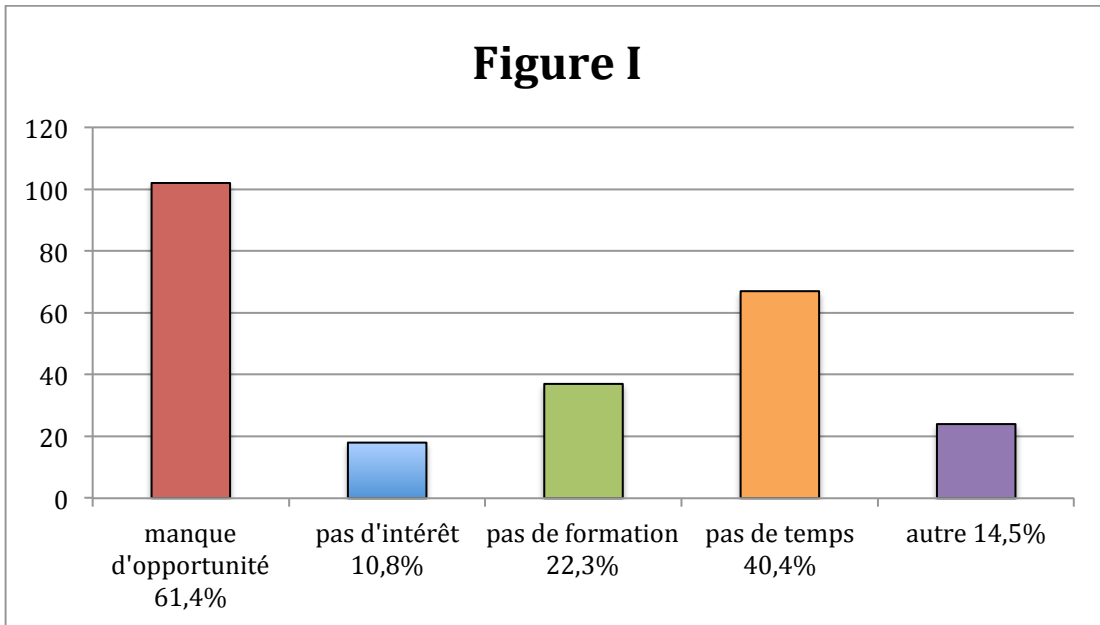


Figure I : raisons pour ne pas avoir fait d'action humanitaire (n=166)
Autre : famille, santé, peur, manque d'information

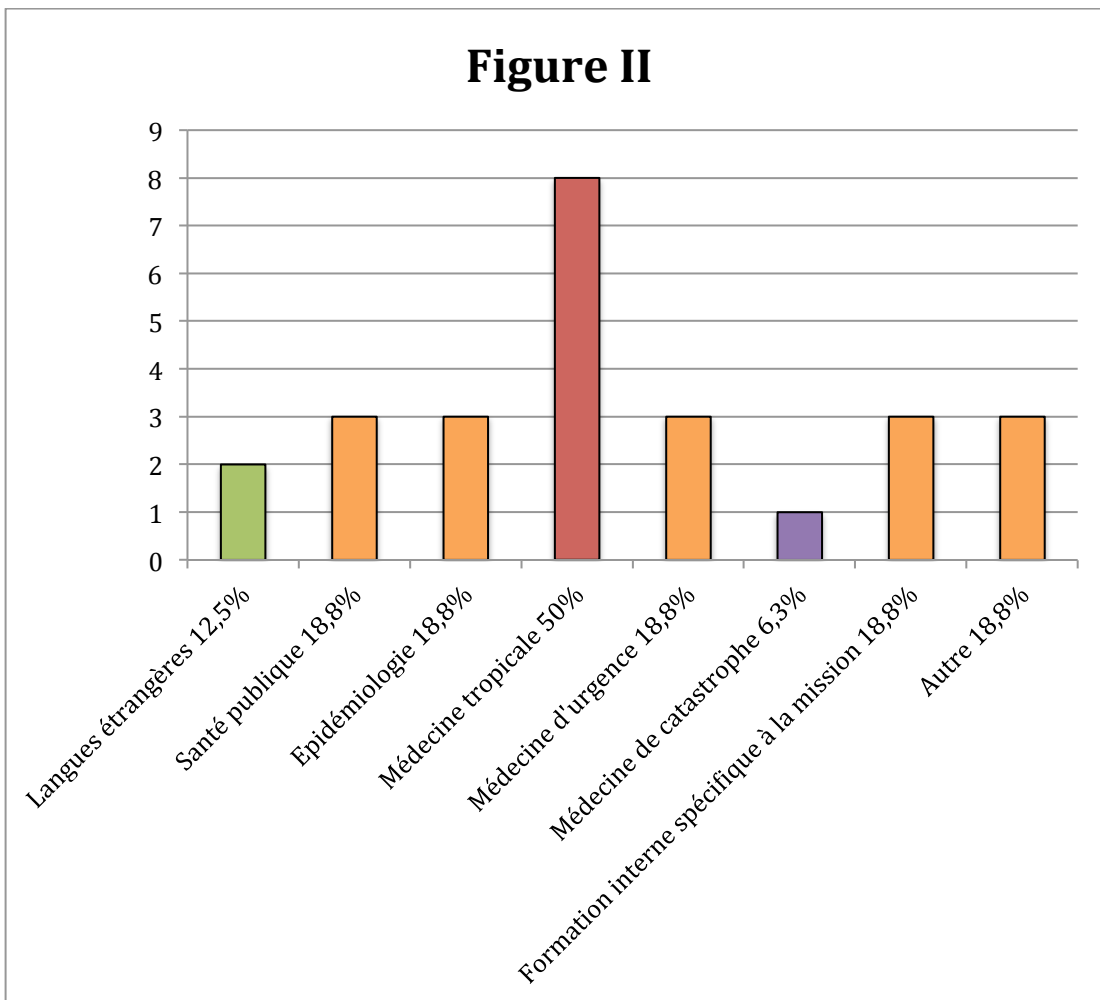


Figure II : type de formation (n=16)

SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES

La thématique de l'étude intéressait beaucoup les médecins participants à l'enquête. Ce qui me fait réfléchir aux motivations initiales. Je pense que cela renvoie à leur représentation de la « médecine humanitaire ». Pour la plupart, cela rimait avec bénévolat, volontariat, « *fournir de la médecine aux gens qui n'ont pas les moyens de la payer* ». Les médecins étaient majoritairement d'accord avec le fait qu'elle englobe aussi bien des pays lointains que proches, y compris le travail humanitaire-social au Luxembourg.

Concernant le Luxembourg, des médecins ont trouvé que le réseau est « *en phase d'expansion* ». Parfois les médecins trouvaient que c'est « *frustrant parce qu'on est plus limité au niveau des moyens, des examens complémentaires* », faute de remboursement de l'ONG qui doit payer elle-même les examens complémentaires.

Ils ont émis des propositions d'améliorations, pour la médecine humanitaire au Luxembourg, il y aurait besoin d'un bon réseau (par exemple des traducteurs), de la disponibilité des médecins, des consultations quotidiennes, un système informatique pour suivre les patients.

Tout cela montre leur engagement. C'est « donner son temps », « aider les gens qui en ont besoin », « pendant un temps où on ne travaille pas » à son poste habituel, vouloir partager ses compétences médicales (« mécénat de compétence ») là où elles sont utiles.

Un médecin a résumé en disant « Premièrement, c'est apporter une médecine (là où il n'y en a pas), puis là où elle existe déjà, l'améliorer. ».

Dans les entretiens, le sujet des réfugiés a également été abordé. Cet item n'a pas mené à des réponses au questionnaire principal de l'étude, mais a néanmoins été intéressant. Les médecins étaient majoritairement d'accord sur le fait que c'est l'Etat qui devrait s'occuper d'intégrer les réfugiés dans le système de sécurité sociale et dans le pays. L'Etat permet aux réfugiés de se faire soigner gratuitement à travers des organismes comme l'OLAI (organisation luxembourgeoise d'aide aux immigrants).

La plupart des médecins interrogés n'ont pas vu d'intérêt à s'investir davantage sur des actions à destinations des réfugiés, puisque c'est plutôt une question politique et d'intégration dans un système. C'est une « question d'organisation et de nombre » de réfugiés.

Les médecins n'avaient pas l'impression que actuellement au Luxembourg il y ait un besoin particulier au niveau des pathologies de réfugiés et qu'il n'y a pas de vagues de réfugiés en mauvaise santé qui arrivent jusqu'au Luxembourg. Ils n'ont pas été sollicités par l'Etat luxembourgeois et considèrent qu'il ne faut pas créer de structure particulière pour « ne pas stigmatiser ».

Au niveau européen, par contre, certains voient l'intérêt de l'investissement des ONG, qu'ils considèrent comme le pivot nécessaire au bon régulateur des interventions.

Même si un engagement sur le long terme semble meilleur pour le bon déroulement des missions et pour les partenaires locaux, pour la plupart, les médecins ont préféré des engagements de courte durée, en particulier sur le terrain international. La majorité des missions à l'étranger ne dépassaient pas les 3 mois et ont souvent été moins longues. On voit que, même s'il y a une volonté de plus d'engagement, le long terme n'est pas adapté aux obligations professionnelles et personnelles de la plupart des médecins. C'est plutôt sur le volet non-médical, organisationnel qu'ils voient un grand intérêt et une possibilité pour la continuité des soins, en ayant du personnel efficace sur place qui puisse gérer les projets en absence des médecins ou coordonner des changements fréquents de médecins engagés dans le projet. Beaucoup de médecins souhaitent aussi que l'organisation fournisse plus d'information préalable sur la situation locale et s'occupe davantage de l'intégration médicale sur le terrain et au sein de l'équipe. Les problèmes de missions mal organisées, de manque de compétences et de désaccord avec l'organisation ont été source d'abandon et de découragement pour un nouveau départ.

Tout cela montre que le volet non-médical a autant d'importance que le volet médical et que le facteur « temps » a une forte influence.

Plusieurs médecins humanitaires ont constaté les répercussions financières négatives de la médecine humanitaire. Curieusement, les médecins sans engagement humanitaire n'ont pas évoqué ce fait qui pourrait concourir à leur non-engagement. Les médecins, surtout libéraux, qui s'engageaient en médecine humanitaire, souhaitent un soutien financier à type d'indemnisation, que ce soit à l'étranger ou au Luxembourg. Pour certains, la carrière de médecin est actuellement considérée difficile au niveau financier. Mais même si c'est un critère sensible, certains médecins ont relativisé et considéré qu'en tant que médecin cela ne devrait pas être un obstacle. D'un autre côté, la question suivante se pose : Des indemnisations gouvernementales d'actions de médecine humanitaire pourraient-elles être incitatives et favoriser la vocation « humanitaire » ? A priori non, comme il ne s'agit pas de faire payer les patients et pas non plus d'enrichir le médecin, mais de permettre un engagement d'un plus grand nombre de médecins sur le plus long terme et sans obstacle financier. Cela pourrait être utile pour le développement de la médecine humanitaire.

La différence au niveau des spécialisations entre les groupes « MH Europe » et « MH hors Europe », est en relation avec leur utilité sur le terrain. Le fait que les spécialisations dont l'activité se trouve majoritairement à l'hôpital sont plutôt

utiles sur un terrain international, s'explique par le fait qu'il s'agit plutôt de spécialités chirurgicales ou anesthésistes dont l'utilité humanitaire dans les pays du tiers monde ou les zones de conflit va de soi.

L'université a une possibilité de sensibilisation qui est peu exploitée jusqu'à présent. Environ la moitié des médecins interrogés pense que les études n'avaient pas d'impact sur le fait de faire de la médecine humanitaire. Aucun pays d'études de notre enquête ne s'est démarqué dans le sujet. Il y a très peu d'universités qui s'investissent dans le domaine dans le cadre de leur formation initiale. Plus on est jeune au moment d'être sensibilisé, plus on a la possibilité de prendre les bonnes décisions. L'impact de l'entourage familial a été jugé plus important que l'entourage professionnel dans la prise de décision dans l'action humanitaire, quelque soit le pays d'origine, ou le type d'études. Là il y a des progrès à faire.

Les conditions micro, donc autour de la personne elle-même, concernent les compétences personnelles ou des traits de caractère. Elles étaient nombreuses et ont été beaucoup discutées déjà dans la littérature rassemblée sur le sujet. L'étude confirme les différents aspects.

Les limites

La principale limite de notre étude porte sur le manque de représentativité de la population générale de médecins. Malheureusement, il a été très laborieux d'avoir des retours aux questionnaires par manque de temps ou de motivation des enquêtés.

C'est ce qui a orienté le choix du recrutement auprès des associations humanitaires, dans le but d'avoir plus de réponses de médecins ayant de l'expérience en médecine humanitaire. Ainsi, la prévalence de médecins humanitaires est probablement surestimée. Par manque de littérature, aucune référence de prévalence n'a été trouvée pour le Luxembourg ou les pays limitrophes, ce qui aurait pu être utile pour estimer si notre échantillon est représentatif.

Le recrutement par appels téléphoniques, donc considéré non anonyme, nous a semblé nécessaire dans l'objectif d'atteindre 200 retours de questionnaires pour permettre des résultats plus significatifs statistiquement.

Le recrutement sur base du volontariat pour les entretiens a pu créer un biais puisque se sont manifestés les médecins voulant partager leur expérience, peut-être parce que leur expérience a été particulièrement positive ou négative ou parce qu'ils voulaient faire passer des messages.

Comme deuxième limite, dans la partie quantitative, il y a des données

manquantes sur certains items, ce qui nous a fait éliminer de l'analyse statistique le critère de la nature de l'exercice des médecins « rural / urbain » comme il était mal renseigné. Probablement un item mal compris des médecins ou non applicable au Luxembourg qui est un pays avec presque toujours une proximité à une « ville ». Pour l'item « type d'exercice (Seul / En association / En retraite / Autre) », dans les résultats, il y avait une différence statistiquement presque significative ($p=0,08$) qui aurait peut-être été significative s'il y avait moins de données manquantes.

La troisième limite concerne l'analyse qualitative des résultats. Elle a été faite par l'enquêteur seulement, dans un souci de faisabilité. Une double analyse aurait permis de diminuer une part de subjectivité. A cela s'ajoute un manque d'expérience de l'enquêteur en entretiens semi-directifs et en analyse qualitative, ce qui limite la validité interne des résultats.

Peut-être qu'avec un autre échantillon, les résultats auraient été sensiblement différents, compte tenu des limites de l'étude. Une étude à plus grande échelle, menée par des institutions et des gens plus expérimentés, pourrait répondre plus efficacement au questionnement et donner des résultats plus représentatifs et plus significatifs.

Certaines informations des actions humanitaires ont été abordées dans le questionnaire et lors des entretiens, mais faute de place et d'intérêt pour l'article, n'ont pas pu être exposées. Ces aspects, concernant le contenu des actions humanitaires effectuées par les médecins, sont pourtant très intéressants. Les médecins ont tous eu des expériences du terrain individuelles. Aucune ne se ressemble, cela a fait la richesse des entretiens.

Perspectives

Cette étude nous montre qu'il faut considérer de nombreux aspects très divers avant de s'engager en médecine humanitaire. Ils relèvent à la fois des caractéristiques propres à la personnalité de l'individu, aux opportunités, aux conditions d'exercice de la médecine à Luxembourg, aux proximités avec tel ou tel réseau de collègues ou d'organismes. Il faut se donner les moyens, aussi bien au niveau de la disponibilité, qu'au niveau de la bonne préparation et de la gestion de priorités dans sa vie.

Parfois même cela peut ne pas être suffisant pour assurer un engagement. Entre crises et accords entre pays, politiques et ONG, tout cet environnement dans lequel on vit, fait partie de la complexité de la thématique. Notre monde est dans un permanent processus de changement, qui a une influence sur les possibilités d'engagement en médecine humanitaire. Ces changements

peuvent aussi bien favoriser que limiter la liberté d'action des ONG et des autres organisations à vocation humanitaire. Ils ne sont pas prédictibles et ne sont pas contrôlables par un médecin et l'obligent à reconsidérer quotidiennement le sujet.

Mais au final, peu importe les difficultés rencontrées, pour les enquêtés, l'exercice de la médecine humanitaire est une expérience inoubliable qui est enrichissante sur le plan tant personnel que professionnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Brauman R. La médecine humanitaire. 2ème ed. Paris : Presses universitaires de France; 2010. 126 p. (Que-sais-je ? : 3844).
2. BERBÉ C. Médecine générale en cabinet libéral et actions humanitaires. Etude descriptive auprès des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle exerçant en cabinet libéral. [Thèse de médecine]. Université Henri Poincaré Nancy 1; 2008.
3. Définitions : humanitaire - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [Cité le 18 déc 2015]. Disponible sur <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/humanitaire/40620>>
4. Comité international de la Croix-Rouge [Internet]. Comité international de la Croix-Rouge. 2015 [Cité le 24 fév 2016]. Disponible sur <<https://www.icrc.org/fr>>
5. About the EU Humanitarian Aid and Civil Protection department (ECHO) - Humanitarian Aid and Civil Protection - European Commission [Internet]. Humanitarian Aid and Civil Protection. [Cité le 24 fév 2016]. Disponible sur <http://ec.europa.eu/echo/who/about-echo_en>
6. Author N. Réhumaniser l'humanitaire. Humanit Enjeux Prat Débats. 2014 Mar 1;(37):106-8.
7. médecin humanitaire [Internet]. Onisep. [Cité le 18 déc 2015]. Disponible sur <<http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/medecin-humanitaire>>
8. Coconnier M-LL, Pommier B. L'action humanitaire. 2e édition. Paris: PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE - PUF; 2012. 127 p.
9. OMS | Couverture vaccinale [Internet]. WHO. [Cité le 31 mai 2016]. Disponible sur <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/fr>>
10. OMS | La santé mentale: renforcer notre action [Internet]. WHO. [Cité le 25 fév 2016]. Disponible sur <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr>>
11. Josse E, Crocq L. Interventions humanitaires en santé mentale dans les violences de masse. Bruxelles: De Boeck; 2009. 301 p.
12. Les 7 principes | Croix-Rouge luxembourgeoise [Internet]. [Cité le 5 jun 2016]. Disponible sur <<http://www.croix-rouge.lu/les-7-principes>>
13. Le consensus européen sur l'aide humanitaire - Voice [Internet]. Coordination SUD. [Cité le 9 fév 2016]. Disponible sur <<http://www.coordinationsud.org/document-ressource/consensus-europeen-laide-humanitaire>>
14. Rufin J-C. L'Aventure humanitaire. Paris: Gallimard; 1994. 176 p.
15. Dunant JH. Un souvenir de Solferino. Place of publication not identified: Adamant Media Corporation; 2001. 124 p.
16. Gasser H-P. Le droit international humanitaire et la protection des victimes de la guerre - CICR [Internet]. 00:00:00.0 [Cité le 6 jun 2016]. Disponible sur <<https://www.icrc.org/fre/resources/documents/misc/5fzfn6.htm>>

17. Dupont S. Historique de l'action humanitaire, des associations et de la médiatisation de leurs actions [Internet]. DESS Communication; 2002 Décembre. [Cité le 6 jun 2016]. Disponible sur <<http://stephanie.dupont3.free.fr>>
18. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - ONU sigle de Organisation des Nations unies [Internet]. [Cité le 6 jun 2016]. Disponivble sur <<http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/ONU/136167>>
19. Vallaeys A. Médecins sans frontières [Texte imprimé] : la biographie. [Paris] : Fayard. impr. 2004.; 2004. 764 p.
20. Pascal G. 150 ans d'humanitaire, vus du CICR... et d'ailleurs. Humanit Enjeux Prat Débats. 2015 May 1;(40):102-4.
21. Rondeau G. Missions : Médecins (jusqu'au bout) du monde. Paris: Seuil; 2005. 252 p.
22. Herlemont-Zoritchak N. « Droit d'ingérence » et droit humanitaire : les faux amis. Humanit Enjeux Prat Débats [Internet]. 2009 Dec [Cité le 13 jan 2016]. Disponible sur <<http://humanitaire.revues.org/594>>
23. MSF contrainte de quitter la Somalie - Communiqués | Médecins Sans Frontières [Internet]. [Cité le 6 jun 2016]. Disponible sur <<http://www.msf.fr/presse/communiques/msf-contrainte-quitter-somalie>>
24. Une histoire de l'humanitaire - Philippe RYFMAN - Éditions La Découverte [Internet]. [Cité le 28 déc 2015]. Disponible sur <http://www.editionsладecouverte.fr/catalogue/index-Une_histoire_de_l_humanitaire-9782707153982.html#>
25. Author N. Rwanda, 1994. Humanit Enjeux Prat Débats. 2014 Jul 1;(38):4-5.
26. Simon GAUD. L'aide humanitaire en neurologie. Réflexion sur la pratique médicale en milieu rural dans les pays tropicaux en développement. [Thèse de médecine]. Université de Lorraine; 2013.
27. Author N. Prospective humanitaire : horizon 2030. Humanit Enjeux Prat Débats [Internet]. 2010 Jun 1 [Cité le 13 jan 2016];(25). Disponible sur <<http://humanitaire.revues.org/789>>
28. Les médecins humanitaires face à l'état d'urgence [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [Cité le 29 fév 2016]. Disponible sur <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2015/11/18/les-medecins-humanitaires-face-letat-durgence_781361>
29. Pineau F, Eledjam J-J. La Croix-Rouge française : 150 ans d'histoire. Paris: Editions Autrement; 2014. 222 p.
30. Maillard D. 1968-2008 : le Biafra ou le sens de l'humanitaire. Humanit Enjeux Prat Débats [Internet]. 2008 Apr 1 [Cité le 12 jan 2016];(18). Disponible sur <<http://humanitaire.revues.org/182>>
31. Baromètre de la protection des civils 2010 [Internet]. Oxfam France. 2010 [Cité le 31 mai 2016]. Disponible sur <<https://www.oxfamfrance.org/rapports/protection-des-civils/barometre-protection-des-civils-2010>>

32. Même la guerre a des règles - Un mois après le bombardement de Kunduz [Internet]. Médecins Sans Frontières. [Cité le 26 nov 2016]. Disponible sur <<http://www.msf.fr/press/videos/meme-guerre-regles-mois-apres-bombardement-kunduz>>
33. MSF. Publications. Rapport d'Activités MSF Luxembourg 2015 [Internet]. Médecins Sans Frontières Luxembourg. [Cité le 11 jan 2017]. Disponible sur <<https://msf.lu/fr/publications>>
34. Bazin M, Fry A, Levasseur P. L'aide humanitaire internationale non-gouvernementale : un monopole occidental. Humanit Enjeux Prat Débats [Internet]. 2010 Mar 1 [Cité le 15 jan 2016];(24). Disponible sur <<http://humanitaire.revues.org/696>>
35. Tout ce que vous devez savoir si vous voulez faire de l'humanitaire - Rue89 - L'Obs [Internet]. Rue89. [Cité le 28 déc 2015]. Disponible sur <<http://rue89.nouvelobs.com/2013/11/01/tout-devez-savoir-si-voulez-faire-lhumanitaire-247133>>
36. Keipes N. L' évolution des ONG au Grand-Duché de Luxembourg : étude sur les circonstances de création des ONG [Mémoire de travail social]. Université Libre de Bruxelles; 2003.
37. Organisation non gouvernementale [Internet]. [Cité le 18 mar 2016]. Disponible sur <<http://www.benevolat.public.lu/fr/informations-juridiques/types-association/organisation-non-gouvernementale/index.html>>
38. Organisations non gouvernementales - gouvernement.lu // L'actualité du gouvernement du Luxembourg [Internet]. [Cité le 17 mar 2016]. Disponible sur <<http://www.gouvernement.lu/4737059/ong-partenaires>>
39. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: experiments by nature and design. Harvard University Press; 2009. 349 p.
40. Ecological systems theory - Wikipedia, the free encyclopedia [Internet]. [Cité le 31 mai 2016]. Disponible sur <https://en.wikipedia.org/wiki/Ecological_systems_theory>
41. Congé de coopération au développement [Internet]. [Cité le 18 mar 2016]. Disponible sur <<http://www.benevolat.public.lu/fr/espace-benevole/conges/conge-cooperation-developpement/index.html>>
42. Portail de services Synexsys [Internet]. [Cité le 28 nov 2016]. Disponible sur <<http://recrutement.croix-rouge.lu/identification?SECURID=653136311281431429558#>>
43. Critères généraux [Internet]. Médecins Sans Frontières Luxembourg. 2016 [Cité le 28 nov 2016]. Disponible sur <<https://msf.lu/fr/nous-rejoindre/partir-sur-le-terrain/criteres-generaux>>
44. Médecin généraliste [Internet]. Médecins Sans Frontières Luxembourg. 2016 [Cité le 28 nov 2016]. Disponible sur <<https://msf.lu/fr/metiers/medecin-generaliste>>

45. Chirurgien Orthopédique [Internet]. Médecins Sans Frontières Luxembourg. 2016 [Cité le 28 nov 2016]. Disponible sur <<https://msf.lu/fr/metiers/chirurgien-orthopedique>>
46. Chaudesaygues E. Première mission humanitaire à l'étranger: difficultés rencontrées et risques psychologiques pour les médecins [Thèse de médecine]. [Lyon]: Université Claude Bernard; 2014.
47. Tison B. Partir en mission humanitaire : Expatriation ? Coopération ? Don volontaire ? Lyon: Chronique Sociale; 2008. 147 p.
48. Office national d'information sur les enseignements et les professions. Les métiers de l'humanitaire. Chapuisat J, editor. Marne-la-Vallée, France: ONISEP : diff. Belin; 2002. 90 p.
49. Pradier P. Action humanitaire: urgence ? développement ? quelle place pour le pédiatre actif ? Arch Pédiatrie. 2000;7:373s – 375s.
50. Merlin M, Chevalier P. L'humanitaire : ses exigences, ses enjeux. Med Trop. 2002;62:349-354.
51. Rowson et al. The evolution of global health teaching in undergraduate medical curricula. Glob Health. 2012;8:35.
52. Merchant RM, Leigh JE, Lurie N. Health Care Volunteers and Disaster Response — First, Be Prepared. N Engl J Med. 2010;362(10):872–3.
53. Vanbelle C. L'engagement humanitaire du corps médical: besoins et offres de formation spécifiques [Thèse de médecine]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2007.
54. MSF.lu - FAQ [Internet]. [Cité le 17 mar 2016]. Disponible sur <<http://www.msf.lu/sengager/faq.html?L=0%253Ftype%253D98>>
55. MSF.lu - Partir en mission [Internet]. [Cité le 17 mar 2016]. Disponible sur <<http://www.msf.lu/sengager/partir-en-mission.html>>
56. Pezzella AT. Volunteerism and humanitarian efforts in surgery. Curr Probl Surg. 2006;43(12):848–929.
57. Caldron et al. A systematic review of social, economic and diplomatic aspects of short-term medical missions. BMC Health Serv Res. 2015;15:380.
58. Pascal Dauvin, Johanna Siméant. Le travail humanitaire, Les acteurs des ONG, du siège au terrain [Internet]. [Cité le 14 mar 2016]. Disponible sur <<http://www.pressesdesciencespo.fr/fr/livre/?GCOI=27246100382230>>
59. Lyon D. Humanitarian crises: The medical and public health response. N Engl J Med. 1999;341(22):1706–7.
60. Môle B. L'humanitaire... et après ? : Un entretien avec Jean-christophe Rufin, ancien président de Médecins sans frontières, président d'Action contre la faim, prix Goncourt 2001. Ann Chir Plast Esthét. 2004;49(3):331–8.

61. Weber O. French doctors: l'épopée des hommes et des femmes qui ont inventé la médecine humanitaire. Paris: R. Laffont; 1999. 587; 16 p.
62. Schittly L. L'homme qui voulait voir la guerre de près: Médecin au Biafra, Vietnam, Afghanistan, Sud-Soudan. Paris: Arthaud; 2011. 380 p.
63. Delbos A. Partir : guide pratique de médecine humanitaire. Toulouse: Privat; 1985. 192 p.
64. Hepner Y, Hepner-Lavergne D. Chirurgie humanitaire, implication des plasticiens français et particularités. Recherche d'une spécificité française ? Ann Chir Plast Esthét. 2010;55(5):429-32.
65. CEDIES. Etudes et métiers: humanitaire - développement [Internet]. CEDIES (CENTRE DE DOCUMENTATION ET D'INFORMATION SUR L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR); 2016. [Cité le 24 nov 2016]. Disponible sur <<http://www.cedies.public.lu/fr/publications/dossiers-metiers/sante-social/>>
66. Erlich et al. Preparation of medical personnel for an early response humanitarian mission – lessons learned from the Israeli defense forces field hospital in the Philippines. Disaster Mil Med. 2015;1:5.
67. Collette P, Denormandie N, Tintinger-Hagmann A. La femme est-elle l'avenir de l'humanitaire ? Humanit Enjeux Prat Débats [Internet]. 2010 Jun 1 [Cité le 13 jan 2016];(25). Disponible sur <<http://humanitaire.revues.org/769>>

ANNEXES

Annexe 1

Questionnaire

*Obligatoire

Votre âge : *

Sexe * *Une seule réponse possible.*

- . -Homme
- . -Femme

Situation de vie * *Plusieurs réponses possibles.*

- . -célibataire
- . -en couple
- . -marié
- . -ayant des enfants : oui/non
- . -Autre :

Votre nationalité: *

Le(s) pays où vous avez fait vos études: *

Années d'installation (en tant que médecin): *

Spécialité médicale / chirurgicale: *

Type d'exercice actuel: *Plusieurs réponses possibles.*

- . -milieu rural
- . -milieu urbain
- . -mixte (rural et urbain ou autre)
- . -cabinet libéral
- . -hôpital
- . -mixte (cabinet et hôpital ou autre)
- . -seul
- . -en association
- . -Autre :

Est-ce que vous avez déjà participé à une action humanitaire en tant que médecin? * Une seule réponse possible.

.
-Oui *passez à la question 1a.*

-Non *répondez seulement à la question suivante*

.
Si la réponse est non: Pour quelle(s) raison(s)? * Plusieurs réponses possibles.

. -pas d'opportunité

. -pas d'intérêt

. -pas de formation

. -pas de temps

. -Autre :

1a. A quel moment de votre vie professionnelle avez-vous participé à une PREMIERE action humanitaire? * Une seule réponse possible.

. -pendant les études

. -pendant les années de remplacements

. -avant l'installation en cabinet / hôpital

. -après l'installation en cabinet / hôpital

. -Autre :

1b. A quels moments de votre vie professionnelle avez-vous participé à des actions humanitaires? * Plusieurs réponses possibles.

. -pendant les études

. -pendant les années de remplacements

. -avant l'installation en cabinet / hôpital

. -après l'installation en cabinet / hôpital

. -Autre :

2. Votre âge lors de votre première action humanitaire: * Une seule réponse possible.

. -< 20 ans

. -20-29 ans

. -30-39 ans

. -40-49 ans

. -50-59 ans

. -60 ans et plus

3a. A quel moment de votre vie personnelle avez-vous participé à la PREMIERE action humanitaire? * Plusieurs réponses possibles.

- . -en tant que célibataire
- . -en couple
- . -marié
- . -ayant des enfants : oui/ non
- . -Autre :

3b. A quels moments de votre vie personnelle avez vous participé à des actions humanitaires? * Plusieurs réponses possibles.

- . -en tant que célibataire
- . -en couple
- . -marié
- . -ayant des enfants: oui / non
- . -Autre :

4a. Quelle influence a (eu) votre travail dans l'humanitaire sur votre vie personnelle, de couple ou sur les enfants? * Une seule réponse possible.

- . -positive
- . -négative
- . -aucune
- . -Autre :

4b. Quelle influence a (eu) votre travail dans l'humanitaire sur votre vie personnelle, de couple ou sur les enfants? Expliquez:

5. Avez-vous effectué des voyages dans les pays en voie de développement avant votre première mission humanitaire en tant que médecin? * Une seule réponse possible.

- . -Oui
- . -Non
- . -Autre :

6. Avez-vous eu une formation spécifique dans un domaine de la médecine humanitaire? * Plusieurs réponses possibles.

- . -Oui, pendant les études médicales (merci de préciser le pays d'études dans "autre")
- . -Oui, en dehors des études médicales de base

- . -Oui, avant la première mission
- . -Oui, plus tard, après la première mission
- . -Non
- . -Autre :

7. Si oui, durée de la formation:

8. Si oui, type de formation: *Plusieurs réponses possibles.*

- . -Langues étrangères
- . -Santé publique
- . -Epidémiologie
- . -Médecine tropicale
- . -Médecine d'urgence
- . -Médecine de catastrophe
- . -Formation interne de l'association, spécifique à la mission
- . -Autre :

9. Nombre d'actions humanitaires effectuées jusqu'à maintenant:

10. Type(s) d'action(s): * *Plusieurs réponses possibles.*

- . -Logistique, administration
- . -Médecine de catastrophe / d'urgence
- . -Médecine de guerre / de conflit
- . -Développement
- . -Formation
- . -Autre :

11. Lieu de la (des) mission(s): (merci de préciser le(s) pays dans "autre")

* *Plusieurs réponses possibles.*

- . -Europe
- . -Afrique sub-saharienne
- . -Afrique du nord
- . -Amérique du sud
- . -Amérique du nord
- . -Asie
- . -Australie
- . -Autre :

12. Type d'organisation: * *Plusieurs réponses possibles.*

- . -locale
- . -nationale
- . -internationale

- . -action gouvernementale
- . -action privée
- . -Autre :

13. Durée des actions: * *Plusieurs réponses possibles.*

- . -< 1 semaine
- . -1 semaine à < 1 mois
- . -1 mois à < 3 mois
- . -3 mois à < 6 mois
- . -6 mois à < 1 an
- . -plus de 1 an, merci de préciser dans "autre"
- . -Autre :

14. Sur place, étiez-vous intégré à une équipe: * *Plusieurs réponses possibles.*

- . -de collègues locaux
- . -de collègues luxembourgeois en mission
- . -de collègues internationaux en mission
- . -Autre :

15. Êtes-vous parti en mission accompagné: * *Plusieurs réponses possibles.*

- . -de votre compagne
- . -de vos enfants (merci de préciser leur âge dans "autre")
- . -non accompagné
- . -Autre :

16. Gestion pendant votre absence de votre poste habituel au Luxembourg (cabinet médical / service hospitalier / autre) par: * *Plusieurs réponses possibles.*

- . -remplacement
- . -associés
- . -fermeture
- . -Autre :

17. Conséquences financières négatives: *

Une seule réponse possible. 1=Absentes/minimes 5=importantes

1 – 2 – 3 – 4 – 5

18. Qu'est-ce qui vous a déjà amené à ne pas effectuer ou à arrêter une mission? *Plusieurs réponses possibles.*

- . -aspect financier

- . -aspect familial
- . -pas de remplaçant pour le poste habituel au Luxembourg
- . -pour cause de maladie
- . -difficulté physique
- . -difficulté psychique
- . -difficulté linguistique
- . -mission mal organisée
- . -situation politique ou de sécurité défavorable
- . -désaccord avec l'organisation ou le responsable de la mission
- . -Autre :

19. Quel impact dans la décision de faire de la médecine humanitaire ont eu vos études: *

Une seule réponse possible. 1=très peu 5=énormément

1 – 2 – 3 – 4 – 5

20. Quel impact dans la décision de faire de la médecine humanitaire a eu votre pays d'origine: * *Une seule réponse possible. 1=très peu 5=énormément*

1 – 2 – 3 – 4 – 5

21. Quel impact dans la décision de faire de la médecine humanitaire a eu votre entourage familial: * *Une seule réponse possible. 1=très peu 5=énormément*

1 – 2 – 3 – 4 – 5

22. Quel impact dans la décision de faire de la médecine humanitaire ont eu vos relations professionnelles: * *Une seule réponse possible. 1=très peu 5=énormément*

1 – 2 – 3 – 4 – 5

23. Pour vous, quelles sont les conditions favorables ou nécessaires pour devenir médecin humanitaire? *

24. Quel impact a l'expérience humanitaire sur votre pratique de la médecine au Luxembourg?

25. Pourquoi avez-vous décidé de faire de la médecine humanitaire? Qui / qu'est-ce qui vous a influencé ou motivé?

26. Votre motivation actuelle pour un nouveau départ en mission est:

Une seule réponse possible. 1=minime 5=très importante

1 – 2 – 3 – 4 – 5

Annexe 2

Grille d'entretien

Nr d'entretien : _____

Age / Sexe / Etat civil / Enfants / Nationalité / Pays d'études / Années d'installation / Spécialité / Type d'exercice

Questions :

1) En relation avec votre expérience de médecin humanitaire :

Si je vous dis « ONG », vous dites ?

Si je vous dis « formation spécifique », vous dites ?

Si je vous dis « impact de votre origine universitaire », vous dites ?

Si je vous dis « médecin au Luxembourg et médecine humanitaire », vous dites ?

Si je vous dis « aspect financier » vous dites ?

Si je vous dis « aspect congé », vous dites ?

2) Pour vous, qu'est-ce que la médecine humanitaire ?

a. Dans les pays du sud?

b. Chez nous ?

c. Les sans-abris ?

d. Les réfugiés ?

3) Compte tenu de votre expérience de la médecine humanitaire :

a. Quelle en a été la force ? (le positif, la faisabilité, la réussite, reconnaissance, insertion, utilité sociale, autre place p.r. aux collègues)

b. Y voyez-vous des faiblesses ? (le négatif, les problèmes que ça a posé, inconvénients par rapport à ma carrière ou expérience de vie, réaction des collègues)

c. Que voyez-vous comme opportunité ? (ouverture, réseau prof)

d. Y voyez-vous des menaces? (risque, obstacle)

e. Et si c'était à refaire qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

f. Pour vous, quelles sont les conditions idéales pour développer la médecine humanitaire ?

4) La médecine et l'action humanitaire ont-elle leur place dans la culture médicale du Luxembourg ? (collègues, institutions, ministère de la santé et du développement, ONG)

5) Avec l'accroissement du nombre de réfugiés dans tous les pays d'Europe, pensez-vous qu'il faudrait développer une médecine humanitaire spécifique et pourrez-vous y participer ? Comment?

Annexe 3

Consentement

Je soussigné _____

Donne mon accord exprès et éclairé de participer à un entretien pour l'étude « **Action humanitaire et exercice de la médecine au Luxembourg** »

et j'autorise _____ d'enregistrer par enregistreur vocal
cet entretien

et j'autorise l'utilisation de cet enregistrement exclusivement pour l'étude (thèse et article) dans le respect de l'anonymat (donc que mon identité et mes coordonnées ne seront pas cités ni retrouvables par une tierce personne et que toutes les sources nominatives seront détruites à la fin de l'étude).

Date et Signature :

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : L'accès aux soins n'est pas assuré partout dans le monde et l'engagement dans la médecine humanitaire a pour objectif d'y remédier.

L'objectif principal de l'étude était d'analyser les conditions d'exercice de la médecine humanitaire en tant que médecin exerçant au Luxembourg.

Méthodes : Une étude descriptive, quantitative et qualitative, fut réalisée en 2016. Tout médecin exerçant au Luxembourg était inclus pour le quantitatif, ainsi que tout médecin avec au moins une expérience en médecine humanitaire pour le qualitatif. Un questionnaire fut élaboré avec pour objectif d'étudier les différences objectives entre les caractéristiques des médecins « engagés » et médecins « non engagés » dans l'humanitaire. Des entretiens semi-directifs permettaient de compléter ces données quantitatives et de récolter le point de vue subjectif des médecins concernés.

Résultats : Sur les 1750 médecins contactés, 202 médecins ont participé à l'étude, dont 35 engagés dans l'humanitaire, et présentaient des caractéristiques démographiques comparables. Les spécialisations chirurgicales étaient plus représentées chez les médecins humanitaires, ainsi que la nature de l'exercice : mixte (cabinet libéral et hôpital) ou en association. Les entretiens ont mis en avance les critères d'exigence des médecins concernant : les politiques, les ONG, la sécurité, les finances, les conditions et compétences professionnelles et personnelles nécessaires en termes de formation et de motivations.

Discussion: L'étude a permis de dresser les conditions d'exercice de la médecine humanitaire tout en exerçant au Luxembourg. Elle permet de mettre en évidence des pistes d'amélioration pour favoriser l'engagement en médecine humanitaire.

TITRE EN ANGLAIS: Humanitarian medicine and commitment conditions of Luxemburgish doctors.

THÈSE: MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2017

MOTS-CLES: Conditions d'exercice, Médecine sociale, Médecine humanitaire, Luxembourg, Organisation non-gouvernementale

INTITULÉ ET ADRESSE:

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

VU

NANCY, le **08 février 2017**

Le Président de Thèse

NANCY, le **10 février 2017**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Pierre JOURNEAU

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9460

NANCY, le **17 février 2017**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT